

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Drogově závislé matky ve vztahu k těhotenství a  
mateřství**

**Addicted mothers in relation to pregnancy and  
motherhood**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Autor:

PhDr. Miloslav Čedík

Bc. Veronika Ouředníková

Praha 2016

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Miloslavu Čedíkovi za odborné vedení práce, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Mé poděkování také patří Terapeutické komunitě Karlov za spolupráci při získávání potřebných údajů pro výzkumnou část.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Drogově závislé matky ve vztahu k těhotenství a mateřství“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne .....

Bc. Veronika Ouředníková

.....

## **Abstrakt**

OUŘEDNÍKOVÁ, Veronika. *Drogově závislé matky ve vztahu k těhotenství a mateřství*. Praha, 2016. 84 s. Diplomová práce. Karlova Univerzita, Husitská teologická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Miloslav Čedík

Diplomová práce se zabývá problematikou drogové závislosti žen v těhotenství a mateřství. Celá práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o základních pojmech a celkově přibližuje danou problematiku. Důležitou součástí této pasáže je i kapitola, která popisuje systém péče v České republice o drogově závislé těhotné ženy a matky. Praktická část je převážně tvořena kvalitativním výzkumem, který probíhal v Terapeutické komunitě Karlov s drogově závislými matkami. Cílem druhé části diplomové práce je zjistit, jaký vliv má těhotenství a mateřství na způsob života drogově závislé ženy. V závěru celé práce jsou uvedeny výsledky získané na základě výzkumu, který probíhal formou polostrukturovaných interview s klientkami léčícími se v Terapeutické komunitě Karlov.

**Klíčová slova:** Droga - drogová závislost - matka – těhotenství - mateřství

## **Abstract**

OUŘEDNÍKOVÁ, Veronika. *Addicted mothers in relation to pregnancy and motherhood*. Praha, 2016. 84 s. Diploma thesis. Charles University, Hussite theological faculty. Supervisor: PhDr. Miloslav Čedík

The diploma thesis deals with problems of drug addiction of women during pregnancy and motherhood. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part discusses the basic concepts and generally approaching the issue. An important part of this passage is the chapter that describes care system in the Czech Republic on drug-dependent pregnant women and mothers. The practical part is mainly composed of qualitative research, which was conducted in therapeutic community Karlov with drug addicted mothers. The second part of the thesis is to investigate the influence of pregnancy and motherhood on the life of drug addicted women. In conclusion, the diploma thesis presents the results obtained on the basis of the research, which was conducted through semi-structured interviews with clients in healing the therapeutic community Karlov.

**Keywords:** Drug - drug addiction – mother – pregnancy - motherhood

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	8
ÚVOD.....	9
1 DROGY A DROGOVÁ ZÁVISLOST .....	11
1.1 Definice základních pojmů .....	11
1.1.1 Droga.....	11
1.1.2 Drogová závislost .....	12
1.2 Fáze drogové závislosti.....	13
1.2.1 Fáze experimentální .....	13
1.2.2 Fáze sociálního užívání .....	14
1.2.3 Fáze každodenního užívání .....	15
1.2.4 Fáze užívání k dosažení normálu .....	15
1.3 Příčiny vzniku drogové závislosti .....	16
1.4 Negativní důsledky drogové závislosti .....	17
1.4.1 Psychické důsledky .....	17
1.4.2 Biologické následky .....	17
1.4.3 Sociální důsledky .....	18
1.5 Klasifikace návykových látek .....	18
1.5.1 Opiáty .....	19
1.5.2 Stimulanty .....	19
1.5.3 Konopné drogy .....	20
1.5.4 Halucinogeny.....	20
1.5.5 Těkavé látky .....	21
2 CHARAKTERISTIKA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ŽEN.....	22
2.1 Drogově závislé ženy.....	22
2.2 Drogově závislé těhotné ženy .....	23
2.3 Drogově závislé matky .....	24
3 DROGY A JEJICH VLIV NA PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ, PLOD, POROD A NOVOROZENCE.....	26
3.1 Konkrétní skupiny omamných látek a jejich vliv na průběh těhotenství a novorozence .....	26
3.1.1 Opiáty.....	27
3.1.2 Stimulanty .....	28

3.1.3 Konopné drogy .....	28
3.1.4 Halucinogeny .....	29
3.1.5 Těkavé látky .....	29
3.2 Průběh porodu drogově závislých žen .....	30
3.3 Neonatální abstinční syndrom novorozence .....	30
3.4 Substitute a léčba závislostí v těhotenství .....	32
3.4.1 Metadon .....	32
3.4.2 Buprenorfin (Subutex) .....	33
3.4.3 Nefarmakologické složky substituční terapie .....	33
4 ODBORNÁ PRÁCE S DROGOVĚ ZÁVISLOU ŽENOU .....	34
4.1 Jakým způsobem se klientky dostanou do odborných zařízení .....	34
4.2 Sociální práce s drogově závislou matkou .....	35
4.3 Systém péče o závislé ženy v ČR .....	37
4.3.1 Centrum pro rodinu (CPR) – Drop-In, o.p.s. ....	37
4.3.2 Centrum komplexní péče o dítě a rodinu (CKP) – Sananim, z.ú. ....	38
4.3.3 Terapeutická komunita Karlov (TKK) – Sananim, z.ú. ....	38
4.3.4 Doléčovací centrum pro matky s dětmi (DC MAT) – Sananim, z.ú. ....	39
5 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI .....	40
6 ETICKÉ ZÁSADY VÝZKUMU .....	42
7 POPIS POUŽITÝCH METOD .....	43
8 FORMULACE CÍLŮ .....	44
9 POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	48
9.1 Kontaktování Terapeutické komunity Karlov .....	48
9.2 Průběh stáže .....	49
9.3 Průběh rozhovorů .....	53
10 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	55
10.1 Drogová závislost .....	55
10.2 Léčebný program .....	55
10.3 Vzdělání .....	56
10.4 Děti .....	56
10.5 Rodinný stav .....	56
10.6 Ekonomická aktivita .....	57
11 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT .....	59

11.1 Dílčí výzkumný cíl 1 .....	59
11.2 Dílčí výzkumný cíl 2 .....	66
11.3 Dílčí výzkumný cíl 3 .....	71
11.4 Závěrečné shrnutí výsledků .....	74
ZÁVĚR .....	77
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY .....	78
SEZNAM TABULEK .....	82
SEZNAM PŘÍLOH .....	83
SUMMARY .....	84

## **SEZNAM ZKRATEK**

CKP – Centrum komplexní péče o dítě a rodinu

CPR – Centrum pro rodinu

DC MAT - Doléčovací centrum pro matky s dětmi

FAE – Fetální alkoholový efekt

FAS – Fetální alkoholový syndrom

NAS – neonatální abstinenční syndrom

OSPOD – Odbor sociálně právní ochrany dětí

R – Respondent

TK – Terapeutická komunita

TKK – Terapeutická Komunita Karlov

WHO – Světová zdravotnická organizace



# ÚVOD

Celá diplomová práce se bude zabývat problematikou drogové závislosti žen v těhotenství a mateřství. Postupně podá základní informace nejen o tom, co je to droga a drogová závislost, ale seznámí například i s příčinami vzniku závislosti či různými druhy omamných látek. Kromě těchto zásadních informací, se kterými se v dalších částech práce bude neustále disponovat, poskytne závěrečná práce i typickou charakteristiku drogově závislých žen, drogově závislých těhotných žen a drogově závislých matek. Následující segment přinese popis vlivu konkrétních návykových látek na průběh těhotenství, porod, i novorozence. K této pasáži neodmyslitelně patří i zmínka o neonatálním abstinčním syndromu novorozence, kterým trpí nemalé množství právě narozených dětí drogově závislých matek. V neposlední řadě diplomová práce nabídne přehled odborné péče o drogově závislou těhotnou ženu či matku, kterou nabízí systém v České republice. Podrobněji budou popsány organizace Drop-In a Sananim, které ve svých programech nabízí specifickou pomoc této cílové skupině. Cílem celé práce bude uvést čtenáře do problematiky drogové závislosti žen se zaměřením na období těhotenství a mateřství.

Diplomová práce bude koncipována do dvou hlavních částí, a to na část teoretickou a praktickou. Základním cílem teoretické části bude seznámení čtenáře s celkovou problematikou drogové závislosti. Postupně pak první část závěrečné práce přinese více konkrétních informací o vlivu návykových látek na těhotenství a novorozence. Současně poskytne stručný souhrn možností pomoci a péče o drogově závislé matky na území České republiky. Celá praktická část bude postavena na hlavním výzkumném cíli, který se pomocí tří dílčích výzkumných cílů snaží zmapovat, jak se změnil postoj drogově závislé ženy ke svému životu a návykovým látkám při zjištění těhotenství a po porodu. Kromě formulace hlavních a dílčích výzkumných cílů vymezí druhá část diplomové práce například i etické zásady výzkumu.

Jako výzkumná metoda bude zvolen polostrukturovaný rozhovor, který se řadí do kvalitativních technik výzkumu. Rozhovor bude složen z devatenácti tazatelských otázek, které pomohou k získání potřebných dat. Výzkum bude realizován v Terapeutické komunitě Karlov s pěti drogově závislými matkami, které se v ní léčí. Součástí praktické části bude i popis stáže a průběhu rozhovorů s respondentkami. Vzhledem k vytyčenému cíli a předpokládanému počtu respondentů se tato výzkumná metoda jeví jako nejvíce vhodná pro získání tížených informací.

Domnívám se, že drogová závislost u žen, potažmo těhotných žen a matek je

značně tabuizovaným tématem. Žijeme ve společnosti, pro kterou jsou drogy v těhotenství něčím naprosto nepřijatelným a odsouzeníhodným a žena, která dokáže návykové látky užívat i přesto, že čeká dítě je příkladem vrcholné nezodpovědnosti a snad i znakem toho, že z ní nikdy nemůže být dobrá matka. To ovšem neznámá, že na základě těchto předsudků a zažitých scénářů budeme tento problém přehlížet s tím, že si taková žena nezaslouží pomoc. Každý člověk, který se ocitl v nouzi nebo situaci, kterou již dále nevládá, potřebuje podat pomocnou ruku, samozřejmě pouze pokud o to stojí on sám. Výsledky výzkumu mohou poskytnout nový pohled na drogovou závislost u těhotných žen a matek jak široké veřejnosti, tak odborníkům této problematiky. Sociální pracovníci tak mohou na fenomén užívání drog v těhotenství nahlížet z nového úhlu pohledu. Současně mohou být výsledky motivací pro vznik dalších institucí, které nabídnou možnost léčby primárně závislým matkám společně s jejich dětmi. V neposlední řadě mohou získaná data posloužit k zamyšlení se nad úpravou denního programu v Terapeutické komunitě Karlov ve prospěch matek s dětmi.

# 1 DROGY A DROGOVÁ ZÁVISLOST

Touha dosáhnout pocitu štěstí, radosti, euforie, potřeba zažít něco nového, neobjeveného, něco co je nad možnostmi lidského vnímání, provází člověka od nepaměti. Způsobů jak dosáhnout těchto pocitů a stavů je spousta, tou zdánlivě nejjednodušší cestou se jeví požití psychoaktivních látek. Drogy ale přinášejí rychlé a snadné uspokojení pouze dočasně. Teprve po určitém čase se začínají projevovat i negativní důsledky.

*„Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti.“* (cit. Radimecký, 2003, s. 25) S užíváním drog jsou spojena závažná rizika, ke kterým patří změna základních životních hodnot, narušení mezilidských vztahů, rozklad rodiny, oslabování vůle, kriminální jednání s čímž souvisí i ohrožení pořádku ve městech, nárůst společenských nákladů atd.

V této kapitole se zaměříme na konkrétní definice pojmů, se kterými se v průběhu celé práce budeme setkávat. Ujasníme si tak pojem droga a drogová závislost. Dále se zaměříme na čtyři fáze vzniku drogové závislosti. Současně získáme informace o tom, z jakých příčin může závislost na drogách vzniknout a zároveň, jaké negativní důsledky drogová závislost přináší po stránce zdravotní, sociální a psychické. V neposlední řadě tato kapitola přináší přehlednou klasifikaci drog, přičemž jsou u každé jednotlivé skupiny návykových látek stručně popsány hlavní charakteristické rysy, nejčastější zástupci drog dané skupiny a zásadní rizika spojená s užíváním této látky.

## 1.1 Definice základních pojmů

V oblasti drogové problematiky se často setkáváme s terminologickým chaosem. S narůstajícím poznáním vznikají nové pojmy, definice, či termíny. Často dochází k nedorozuměním, a proto je důležité vysvětlit si hned na začátku základní charakteristiku termínů, se kterými bude v této práci operováno.

### 1.1.1 Droga

Drogu vnímáme jako omamující, dráždivý prostředek. Pojmenování pochází z nizozemského „droog“, tedy suchý, něco suchého. Dnes je slovo droga v obecném i odborném směru nadřazeným pojmem, který označuje drogy nejen ve farmaceutickém

smyslu, ale i ve smyslu různých léků a látek (včetně tekutých jako alkoholu), především pak pokud jsou užívány a zneužívány ke změně nálady, vědomí, povzbuzení či utlumení duševních a tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků jako jsou například iluze, halucinace, pseudohalucinace a další.

Světová zdravotnická organizace (WHO) označuje za drogu od roku 1960 *„jakoukoli látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“* Tato definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají nebo nemají přiznáno postavení léků, působící na nervovou soustavu, jsou přírodní či umělé. (Nožina, 1997)

Podle J. Presla (1995) můžeme drogu nejjednodušeji chápat jako každou látku, která je syntetická nebo přírodní a splňuje dva základní požadavky: a) má tzv. psychotropní účinek, to znamená, že ovlivňuje naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění a působí tak na celkovou psychiku člověka a za b) může vyvolávat závislost, má tedy něco, co můžeme označovat za „potenciál závislosti“. Ten je u rozdílných drog vyjádřen různě, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy.

Droga je základní a důležitý činitel při vzniku toxikomanie. *„Předpokládá se, že schopnost vyvolat u citlivého jedince dychtění po droze („carving“), vedoucí k nutkavému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy: 1. vyvolat silný psychický účinek – zážitek, být rozpoznán mezi jinými látkami, 2. Vyvolat následné nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace.“* (Cit. Vavřínková, 2006, s. 14)

### 1.1.2 Drogová závislost

Člověk, který se ocitl ve stavu drogové závislosti, přestal být vůči droze svobodný. Na drogu si postupem času vytvořil vazbu a stala se neoddělitelnou součástí jeho života. Drogu potřebuje, aby se cítil či „fungoval“ dobře.

*„Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy (abstinence).“* (Cit. Vavřínková, 2006, s. 13)

Podle světových expertů z WHO lze drogovou závislost neboli toxikomanií definovat jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně nejen pro její psychické účinky, ale i pro zabránění vzniku nepříjemných stavů, které vznikají při nepřítomnosti drog v lidském organismu. (Nešpor, 2003)

Drogovou závislost zpravidla dělíme na psychickou a fyzickou. Psychická závislost je duševní stav, který se projevuje přáním drogu znovu užít. Může se jednat o pouhé přání, kterému lze odolat, či o dychtivé opakující se nutkání požit drogu, když ji člověk ani požit nechce a své jednání považuje za nerozumné. Vznik psychické závislosti je vždy spojen s prožitím konkrétních zážitků. Samotná automatická konzumace drogy k psychické závislosti tedy nestačí. Fyzická závislost na droze je stav organismu, vznikající dlouhodobým a častým požíváním drogy. Organismus člověka se přizpůsobil droze, zahrnul ji do své látkové výměny, tudíž na jakékoli přerušení přísunu drogy reaguje poruchou (abstinenčními příznaky), i když mu toto vysazení drogy vlastně prospívá. (Nožina, 1997)

V rámci různých definic drogové závislosti můžeme narazit i na pojem toxikomanie, která je charakterizována jako stav psychické i tělesné závislosti na psychoaktivních látkách, jež jsou užívány trvale. V každém případě ať už mluvíme o drogové závislosti nebo toxikomanii, je o nich potřeba hovořit jako o onemocnění, které má negativní důsledky nejen pro jedince, ale i pro společnost. Proto je velmi důležité toto onemocnění diagnostikovat, léčit a předcházet mu.

## **1.2 Fáze drogové závislosti**

Drogová závislost nevzniká náhle. Ve většině případů probíhá v několika fázích. Každá fáze má své typické charakteristické rysy, podle kterých je od sebe můžeme rozeznat.

### **1.2.1 Fáze experimentální**

V této fázi drogová závislost začíná. Člověk je drogou nadšen, okouzlen. Droga mu dává možnost zažít úplně nové pocity, se kterými se dosud nepotkal. Droga se stává spolehlivým přítelem při úniku z reality do ideálního světa kdykoli je třeba. Člověk zažívá úplně nový pohled na svět, vše mu připadá snadné, nic mu nedělá starosti.

V této fázi nedává droga najevo téměř žádné negativní účinky, školu či práci zvládá člověk mnohdy i lépe, proto může dojít k přesvědčení, že výroky o škodlivosti drog jsou jen výmysl vhodný k odstrašení. Experimentální fáze není tolik finančně náročná jako fáze, které následují, protože člověku zatím stačí pouze malé množství drogy.

Před nejbližšími se dá užívání drogy poměrně snadno utajit, všimnout si mohou pouze

náznakově častějšího střídání nálad, euforie či laxního přístupu k problémům. (Monika Plocová. Drogy a drogová závislost. [on-line]. [2016-02-17]) Některé zdroje uvádí, že mnoho lidí v této fázi od drog ustupuje (zmoudří, najdou si jiné životní slasti, odradí je ti, kdo již v závislosti jsou), naopak někteří autoři uvádějí, že přestože se fyzická závislost ještě nevytvořila, většina osob nepřestane, jelikož vnímají jen pozitiva, která jim drogy přinášejí. Pokud se přeci jen podaří člověku v této fázi drogy přestat brát, je kromě důkladné prevence nutné naučit jej zvládat co nejrozmanitější způsoby nepříjemných a zátěžových situací, se kterými se v běžném životě může setkat. (Zsroznov. Prevence. Jak vzniká drogová závislost. [on-line]. [2016-02-17])

### **1.2.2 Fáze sociálního užívání**

Tato fáze je taktéž někdy označována jako „víkendové braní“. Droga se užívá v době a na místech, které jsou k tomu sociálně přijatelné (např. diskotéka). (Zsroznov. Prevence. Jak vzniká drogová závislost. Srov. [on-line]. [2016-02-17]) Braní drog se stává pravidelnější, jedinec si stanovuje určitá pravidla užívání, která mu pomáhají cítit se bezpečně v tom smyslu, že má drogy pod kontrolou a že s nimi může kdykoli přestat.

Droga se začíná stávat zdrojem problémů, musí se brát pravidelněji, ve větších dávkách a začíná se jí přizpůsobovat cyklus dne. Velkým problémem se v tomto období stává škola či zaměstnání, kdy člověku narůstá množství absencí, zejména po „víkendových jízdách“, což vede například k falešným omluvenkám a lhaní. Celkově se zhoršují vztahy na pracovišti, ve škole i doma, zhoršuje se prospěch a pracovní výkonnost.

V této fázi drogové závislosti člověk začíná měnit nejen sám sebe, ale i své okolí. Opouští staré přátele, se kterými si již nemá co říct a nahrazuje je lidmi, kteří berou drogy jako přirozenou součást svého života. Zároveň člověk zanedbává své dosavadní zájmy a koníčky a svůj čas tráví ve společnosti drog nebo drogově závislých osob.

Oproti fázi předchozí se zde už začínají objevovat první zdravotní problémy jako např.: nespavost, nechut' k jídlu, bolesti hlavy, agresivita, bolesti celého těla, deprese či stres. (Monika Plocová. Drogy a drogová závislost. Srov. [on-line]. [2016-02-17]) Závislý člověk zpravidla hledá pomoc u osoby, které důvěřuje a je mu blízká s tím, že se snaží řešit problém ohledně konfliktů s rodiči, sourozenci, partnerkou nebo učiteli, nikoli tedy problém samotné závislosti. Ve většině případů je v této fázi odborná pomoc přinejmenším potřebná.

### 1.2.3 Fáze každodenního užívání

V této fázi ztrácí člověk kontrolu nad drogou a svou závislostí. Celý jeho život se začíná točit kolem drogy, myslí jen na to, kdy si dá další dávku. Původně stanovená pravidla užívání jsou porušována stále častěji. Denní režim, žebříček hodnot, zaměstnání i přátelé se zcela podřizují droze.

Jedinec se dostává do finančních problémů, protože je již většinou vyloučen ze školy či přichází o zaměstnání. Peníze na drogy získává zpravidla krádežemi, podvody, prodejem drog či prostitucí. Veškeré problémy řeší drogou, čímž se dostává do hlubších problémů, které často vedou až k vyloučení na okraj společnosti. Konflikty v rodině vedou až k úplnému přerušení kontaktu s ní, jedinec se upíná pouze na drogově závislé kamarády.

Závislý člověk touží po pomoci, chce abstinovat, ale sám už to nedokáže, protože si již vytvořil fyzickou závislost. Návrat k normálnímu životu z této fáze je velmi náročný, jedinec má úplně jiné morální hodnoty, přátele, rodina ho už často zavrhlá a závislost na droze je ohromně silná. Odborná pomoc dlouhodobějšího rázu je proto nezbytná. (Zsroznov. Prevence. Jak vzniká drogová závislost. Srov. [on-line]. [2016-02-18])

### 1.2.4 Fáze užívání k dosažení normálu

Droga v této fázi člověku už nic nedává. Naopak. Užívání drogy vede ke ztrátě vlastní důstojnosti, zničení původních vztahů, ztrátě chuti k životu i pocitu viny. Všechny tyto problémy řeší člověk pouze další aplikací drogy, čímž se dostává do nekonečného bludného drogového kruhu. Při užívání drogy je jedinec schopen stále méně řešit a zvládat problémové situace. Veškerý život a myšlení jedince se točí kolem drogy a jejího získání, které bývá velkým problémem. Člověk je vyčerpaný, začínají se na něm projevovat i špatné sociální podmínky, ve kterých žije a postupně se pro získání drogy neštítí udělat cokoli. Drogový život se stává velmi stereotypním a člověk zcela ztrácí kontrolu nad svým vlastním životem.

Jedinec si pamatuje, jak příjemná byla aplikace drogy ve fázi experimentování a snaží se o navození stejného stavu, ale marně. V případě, že drogu nedostane, nastává tzv. abstinční syndrom. Abstinční syndrom chápeme jako „*souhrn fyziologických reakcí organismu a psychického stresu po přerušení užívání drogy, alkoholu, kouření*“ (Slovník cizích slov. ABZ. Abstinční syndrom. Srov. [on-line]. [2016-02-18]) Projevy jsou různé, převážně souvisí abstinční syndrom s typem drogy, na které je vytvořena závislost. Zpravidla se můžeme setkat s projevy, jako je zimnice, bolesti

celého těla, deprese, halucinace, absolutní vyčerpání apod.

Poslední fáze drogové závislosti často končí smrtí ať už vlivem předávkování nebo naprostým selháním organismu.

### 1.3 Příčiny vzniku drogové závislosti

Každý člověk se může stát drogově závislým. Neexistuje žádná osobnostní zvláštnost, která by byla předem rozpoznatelná jakožto předurčení k užívání drog a následné závislosti. Můžeme se setkat pouze s určitými rizikovými faktory, které významně zvyšují možnost vzniku závislosti. Kromě rizikových faktorů mohou ke vzniku závislosti přispět různé lidské potřeby jako například potřeba vyhnout se nebo ulevit si od fyzické či duševní bolesti, potřeba cítit se výkonný, bezproblémový, zbavit se zábran či potřeba přesáhnout vlastní smyslové i rozumové schopnosti.

Za další možnou příčinou vzniku závislosti a častého relapsu<sup>1</sup> u dříve závislých osob je považována senzitace, což je zvýšená reakce organismu po opakovaném podání stejné či jiné návykové látky. (Tkáč, 2008)

Sociální prostředí je jedním z nejdůležitějších faktorů, který má na vznik závislosti obrovský vliv. Za sociální prostředí považujeme všechno, co člověka obklopuje. Prostor jednoznačně ovlivňuje osobnost člověka, jeho jednání může buď podpořit, nebo odmítnout. Významnou roli hraje prostředí v procesu výchovy, přičemž jak děti, tak dospělí jedinci mění své jednání podle toho, jak střídají svá sociální prostředí. (Kraus, 2008) Sociální prostředí jedince tvoří především rodina, která hraje v procesu výchovy a utváření osobnosti zásadní roli. Dále je to pak vliv party a vrstevníků, školy či zaměstnání, ale i celé společnosti, která na jedince působí prostřednictvím veřejného mínění nebo médií. Prostor, ve kterém člověk vyrůstá a je vychováván ovlivňuje a formuluje jeho postoje k životu, světu a tudíž i k drogám. Vzhledem k tomu, jak veliký vliv má sociální prostředí na vznik závislosti je důležité uvědomit si, jak je společnost k užívání drog tolerantní, zejména pokud mluvíme o tzv. legálních drogách, tedy cigaretách a alkoholu.

Dalším faktorem vzniku závislosti může být traumatizující nebo neočekávaný provokující podnět. Mezi takové podněty můžeme zařadit aktuální stresovou situaci, závislosti v rodině, nižší úroveň vzdělání, neúspěch v zaměstnání, zvýšený vliv party nebo

---

<sup>1</sup> Relaps chápeme jako návrat, při kterém je člověk znovu zasažen stavem, s nímž se v minulosti již setkal. V kontextu této práce mluvíme o drogovém relapsu, pod kterým se skrývá návrat k užívání drog po období abstinence, který je často doprovázen návratem příznaků závislosti.



subkultury, která považuje braní drog za normu a další.

Závislost na drogách nevzniká hned, její vývoj může trvat několik měsíců, ale i let. Záleží především na věku, kdy člověk s užíváním drog začne, ale i na typu návykové látky. Příčiny vzniku závislosti jsou u každého jedince velice individuální a pokaždé se jedná o celý komplex příčin, který jedince k závislosti vede.

## **1.4 Negativní důsledky drogové závislosti**

Jakékoli užití drogy může člověka poškodit ve všech oblastech jeho života, tedy psychicky, biologicky i sociálně. Některé následky může přinést již první užití drogy, jiné přicházejí až s jejím dlouhodobým užíváním.

### **1.4.1 Psychické důsledky**

Závislost mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom – změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

V rámci psychických důsledků můžeme pozorovat poruchy emocí, zvýšenou dráždivost a labilitu. Člověku se zhoršuje koncentrace a dochází k poruchám paměti, které mohou vést až k demenci. Jedinec postupně proměňuje svou hierarchii hodnot, veškeré dosavadní zájmy jsou nahrazeny drogou, která se postupně dostává na přední příčku hodnotového systému. Dochází k rychlému úbytku schopností, ztrátě vůle a postupné celkové degradaci osobnosti. V některých případech se mohou objevit i psychotické poruchy jako halucinace, bludy či psychomotorické poruchy. (Drogy1.webnode. Negativní důsledky drogové závislosti. [on-line]. [2016-02-18])

### **1.4.2 Biologické následky**

Silně drogově závislý člověk žije často v nepříliš vhodném sociálním prostředí, domovem se pro něho stávají například i squaty. Je tedy pravděpodobné, že jedinec zanedbává a příliš nedodrжуje základní hygienické návyky, přičemž zhoršená tělesná i zubní hygiena vede například ke zkažení a ztrátě chrupu a k přenosu různých parazitů. Kromě špatné hygieny dochází i k celkovému chátrání organismu, které je způsobeno, nejen užíváním drogy, ale i špatnými stravovacími návyky, úbytkem hmotnosti a u žen ztrátou menstruace. Celkově dochází k poškození jater, ledvin, zažívacího traktu a celé

nervové soustavy.

Kromě přímých zdravotních důsledků existují i nepřímé, mezi které řadíme rizika infekčních chorob, které jsou způsobeny nečistým nebo již použitým injekčním materiálem. Často tak uživatelé drog trpí hepatitidou typu A, B i C, virem HIV či pohlavně přenosnými chorobami. U narkomanů, kteří užívají drogy nitrožilně, se můžeme setkat s povrchovými neboli lokálními infekcemi, jako jsou kožní infekce a infekce podkožních měkkých tkání. Do této skupiny patří abscesy<sup>2</sup>, povrchové záněty žil a další. (Minařík, Hobstová, 2003)

### **1.4.3 Sociální důsledky**

Lidé s drogovou závislostí ztrácí zájem o své přátele a původní sociální vazby jsou tudíž často přetrhané nejen s nimi, ale i s rodinou drogově závislého člověka. S lidmi, se kterými byl v kontaktu dříve, si najednou nemají co říct, a proto vyhledávají přítomnost osob, které jsou na droze závislí stejně jako oni.

Dochází k nárůstu absencí ve škole nebo zaměstnání, k poklesu výkonu a schopností a následnému vyhazovu ze školy nebo ztráty zaměstnání. (Info drogy.estranky. Články. Rizika a zdravotní problémy. Důsledky drogové závislosti. [on-line]. [2016-02-18])

S nezaměstnaností souvisejí i finanční problémy, do kterých se člověk logicky dostává. Často pak jedinec parazituje na rodině a svých starých známých, kterým lže a okrádá je. Finanční tíže vede člověka k nerespektování základních morálních zásad, tudíž se často uchyluje i ke kriminálnímu jednání.

Partnerský vztah vzniká nejčastěji opět jen s drogově závislou osobou, přičemž vztah zpravidla netrvá dlouho, jelikož je založen na jediném společném zájmu, kterým je droga.

## **1.5 Klasifikace návykových látek**

K nejčastěji užívaným nelegálním drogám v České republice patří marihuana, pervitin a heroin. Pervitin a heroin se pak stává hlavní drogou narkomanů, kteří se ze své závislosti léčí.

---

<sup>2</sup> Absces je dutina v těle, která je vyplněná hnisem. Jedná se o nepříjemný důsledek hnisavých infekčních onemocnění. (Stefajir. Absces. [on-line]. [2016-02-08])

Žebříček oblíbenosti návykových látek se mění podle řady okolností, je ovlivněn například společností, osobností člověka nebo struktury rodiny a životních jistot. Oblibu drogy pak určují především její účinky, dostupnost a její kultura a image. (Hajný, 2001)

### 1.5.1 Opiáty

*„Opioidy jsou látky, které mají tlumivý účinek na CNS, především mozek.“* (cit. Sananim, 2007, s. 169) Při užití obecně dochází ke změně vědomí, spojené se ztrátou tělesné i duševní bolesti, jedinec se dostává do stavu pohody a klidné euforie. Člověk se spíše stává klidným pozorovatelem vnitřního a vnějšího dění, než jeho přímým účastníkem. Myšlenkové procesy jsou obvykle zpomaleny, stejně jako činnost dechového centra, což může být příčinou smrti.

Při užívání opiátů se tolerance vůči droze rychle zvyšuje, tudíž i samotné dávky musí být stále větší, s čímž velice úzce souvisí riziko předávkování. Závislost na droze vzniká relativně rychle a projevuje se i po kratším užívání opiátů. Opiáty vyvolávají jak fyzickou tak psychickou závislost a abstinční příznaky se u této skupiny drog považují vůbec za ty nejhorší.

Mezi nejznámější drogy této skupiny řadíme především heroin, morfium a kodein.

### 1.5.2 Stimulanty

*„Stimulancia, budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty jsou chemicky různorodou skupinou látek, které vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení.“* (cit. Sananim, 2007, s. 164) Hlavní účinky těchto drog se projevují euforií, hyperaktivitou, zrychleným myšlením a řečí, nespavostí či nechutenstvím. Dostavují se pocity sebevědomí, překonání únavy či bolesti.

Látky této skupiny vyvolávají psychickou závislost. Při vysazení nebývají fyzické projevy výrazné, což v žádném případě nesnižuje nebezpečnost těchto drog. (Nožina, 1997) Stejně jako u opiátů se tolerance ke stimulantům rychle zvyšuje, čímž závislost nastupuje velmi brzy.

Mezi nejvýznamnější zástupce této skupiny nelegálních drog patří pervitin a kokain. V České republice je užívání kokainu stále okrajové, především kvůli dominantnímu postavení pervitinu. Svou roli může sehrát i poměrně vysoká cena kokainu, tudíž si užívání kokainu může dovolit spíše movitější skupina obyvatel.

Občas se do skupiny stimulačních drog řadí i extáze, která je úzce spojována s určitým typem společenských příležitostí, při nichž ji zneužívají převážně mladí lidé. Asi

půl hodiny po polknutí dávky se dostavuje pocit příjemného tepla, prohlubování vzájemného porozumění, pocit radosti, nárůst sebevědomí a uvolnění. Hlavní riziko užívání extáze souvisí s kombinací s jinými drogami či léky. Dalším problémem bývá absence pocitu žízně, důležitý je proto dostatečný přísun tekutin, aby nedošlo k přehřátí organismu a následnému celkovému kolapsu.

### 1.5.3 Konopné drogy

Nejvýraznějšími představiteli této skupiny jsou marihuana a hašiš. Tyto dvě drogy jsou přírodní látky, které pocházejí z indického konopí, což je rostlina, které se daří prakticky všude. Marihuanou nazýváme usušená květenství rostlin, hašišem pak usušenou pryskyřici z téže rostliny. (Hajný, 2001)

Přestože pochází obě látky z jedné rostliny, jednotlivé účinky se od sebe mohou výrazně lišit. K nejčastějším projevům patří euforie, pocit příjemné pohody, dobrá nálada, smích, který nemá jasnou příčinu, zvýšená citlivost na některé podněty, zrychlené nebo zpomalené myšlení. Kromě pozitivních emocí a prožitků se ale mohou dostavit i pocity úzkosti, zmatku i deprese.

Kromě toho, že konopné drogy zvyšují riziko rozvinutí dosud skryté vážné psychické poruchy např. schizofrenie, mohou postupně snižovat pozornost a krátkodobou paměť jedince.

U marihuany nelze hovořit o fyzické závislosti a abstinčních příznacích v běžném slova smyslu. Psychická závislost se u dlouhodobých kuřáků spojuje s celkovým životním stylem, trávením volného času a způsobem relaxace. Abstinence může vyvolat určitou rozladěnost, náladovost a změna životních priorit se neobejde bez značného úsilí. (Sananim, 2007)

### 1.5.4 Halucinogeny

*„Halucinogenní drogy, syntetické i přírodní, jsou látky, které mají silné psychoaktivní účinky. Deformují vnímání objektivní reality. Navozují stav excitace (vybuzení) centrálního nervového systému, projevující se změnou nálady, obvykle ke stavu euforickému, ale někdy také těžce depresivnímu.“* (cit. Nožina, 1997, s. 37) Halucinogeny mění vnímání okolního i vnitřního světa, které bývá doprovázeno různými typy halucinací nebo novými fantaziemi.

Typickými zástupci u nás užívaných halucinogenů jsou LSD a lysohlávky. Halucinogenní látky působí v závislosti na dávce a v naprosté většině jde o látky

s nevyzpytatelným účinkem, což si někteří lidé neuvědomují a zvyšují tak riziko spojené s užíváním.

Zpravidla nevyvolávají somatickou ani psychickou závislost, rizika užívání jsou spojena s možností nehody vzhledem k narušenému vnímání. Dále dlouhodobé užívání může zapříčinit rozvoj skryté duševní poruchy (stejně jako konopné drogy), deprese, úzkosti nebo tzv. bad trip, což je velice nepříznivě probíhající intoxikace, která je doprovázena hororovými obrazy či pocitem vlastního ohrožení. (Sananim, 2007)

### **1.5.5 Těkavé látky**

Látky, mezi které patří různá lepidla, ředidla a další chemické látky, které mají těkavý charakter, jsou asi nejvíce nebezpečnou skupinou látek. I přesto, že už nepatří k hlavním zneužívaným drogám, jako tomu bylo v osmdesátých letech, představují obrovské riziko i dnes. Zneužívané látky (toluen, vulkán, benzin, ...) jsou běžně dostupné v obchodech. Jedinci je nejčastěji vdechují z napuštěných textilií, igelitového pytlíku či přímo z lahve.

Narkotický účinek je po vdechnutí téměř okamžitý. Velmi snadno dochází k předávkování se smrtelným zakončením. Kýženýmm stavem „čichání“ je stav jakéhosi polospánku doprovázeného živými sny. (Nožina, 1997) Nebezpečnost užívání těkavých látek souvisí především se značnými a zásadními zdravotními problémy, které vznikají poměrně rychle a jsou trvalé. Pravidelné užívání způsobí v první řadě narušení sliznic a dýchacího aparátu. Dále jsou vážně poškozeny některé vnitřní orgány, především pak ledviny a játra. Dlouhodobé užívání poškozuje mozek, s čímž souvisí úbytek rozumových schopností a následně dochází k celkové degradaci osobnosti.

## 2 CHARAKTERISTIKA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ŽEN

Tabuizovaných témat v dnešní společnosti najdeme mnoho. Jedním z nich je i téma „ženy a závislost“ či „ženy a drogy“. Nejen pro kvalitní sociální práci, je potřeba, aby si společnost přiznala, že rostoucí počet drogově závislých žen je aktuální problém, který je třeba řešit, ne ho přehlížet.

Tato kapitola pojednává o drogově závislých ženách ze tří hledisek. První hledisko se zabývá obecně drogově závislými ženami. Poukazuje na to, že se v některých oblastech drogová závislost u mužů a žen výrazně liší. Kromě rozdílů, které mezi drogově závislými muži a ženami jsou, se kapitola zabývá obecnou rolí muže, která pro narkomanky bývá zásadní. Druhé hledisko pojednává o těhotné uživateli drog. Tato kapitola se zaměřuje především na rizika, která jsou s tímto stavem spojená. V momentě, kdy drogově závislá žena otěhotní, nejsou rizika spojena pouze s ní, ale už přechází i na ještě nenarozené dítě. Třetí hledisko nahlíží na drogově závislou matku, tedy ženu, která již dítě porodila.

### 2.1 Drogově závislé ženy

Podle Preslové (2009) výzkumy ukazují, že vznik závislosti a průběh užívání drog je u žen výrazně jiný než u mužů. U žen vzniká závislost mnohem rychleji i přesto, že drogy berou po menších dávkách. Dále se ženy dostávají daleko méně do problémů se zákonem, protože peníze na drogy si zpravidla obstarávají prostřednictvím prostitute. Absolutní počet žen užívajících návykových látek je nižší než počet mužů. Tato statistika je dána především sociálním faktorem. Avšak „*Míra eskalace, potíže s ukončením a frekvence relapsů po abstinenci jsou u žen výrazně vyšší než u mužů.*“ (Cspsychiatr. Detail. Cit. [on-line]. [2016-02-22]) Je třeba také zmínit, že žen s návykovými problémy přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů.

Charakteristickým rysem drogově závislých žen je například i rychlejší zdravotní chátrání, časté deprese a úzkosti. Zajímavostí je, že poruchy osobnosti bývají u drogově závislých žen méně časté, než je tomu u opačného pohlaví. (Nešpor, 2000) Většina zdrojů také uvádí, že ženám záleží na tom, jak vypadají, jak jsou vnímány svým okolím. Stejně tak můžeme narazit na tvrzení, že mají daleko větší a silnější pud sebezáchovy, než muži.

Ženy závislé na návykových látkách nejčastěji označují jako spouštěcí situaci, kdy u nich došlo ke vzniku závislosti, zátěžovou životní událost probíhající ať už v rodině nebo

partnerském životě. (Csémy, Nešpor, 1996)

Velkou roli v životě drogově závislé ženy hraje muž. Často se do problematiky závislosti dostanou kvůli partnerovi, který již drogy dlouhodobě užívá a má s nimi zkušenost. Ženy už od počátku svého brání žijí s muži jen proto, aby se jich ujali a zasvětili je do nového, neznámého způsobu života, teprve později samy zjišťují, že se od nich již nedokážou odpoutat. Při rozvinuté drogové závislosti můžeme tedy hovořit o vzniku jakési závislosti žen vůči mužům. Muži ženám zpravidla drogy shánějí, ve světě drog je ochraňují, ale neštítí se ani toho ženu zneužívat. Žena se tak nezřídka stává obětí týrání, terorizování, fyzického napadání či sexuálního zneužívání ze strany závislého partnera. Podle Nešpora a Mülerové (1999) se drogově závislá žena nebo dívka dokáže hůře bránit a často má zábrany při hledání pomoci. Důležité je si ale uvědomit, že drogová závislost nezabývá člověka jeho občanských a jiných práv. Preslová uvádí ze své vlastní praxe kromě závislých partnerů žen ještě jeden příklad, který se týká mužů, kteří závislostí netrpí a o závislosti své partnerky vědí a situace zneužívají. Tito muži mají nad svou partnerkou převahu, libě pocítují moc a v momentě, kdy se žena rozhodne podstoupit léčbu, jsou velmi vynalézaví a přes manipulaci a vydírání se snaží ženu od léčby odradit, protože jim role dominantního vůdce zcela vyhovuje. (Preslová. Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. [on-line]. [2016-02-22])

## **2.2 Drogově závislé těhotné ženy**

Těhotné ženy s drogovými problémy mívají zpravidla velmi vážné problémy v celé řadě oblastí. Jejich životní situace je poznamenána nejen těžkou minulostí, kdy sama žena měla zkušenost se špatným rodinným zázemím, zneužíváním, zanedbanou péčí apod., ale i nesnadnou aktuální psycho-sociální situací, kdy se denně setkává se špatnou bytovou situací, nepravidelným příjmem financí, prostitucí, násilím či drogově závislým partnerem. (Velemínský, Žižková, 2008)

Podle zkušeností dvou předních pražských gynekologů MUDr. Vavřínkové a MUDr. Bindera (2009), kteří se touto problematikou dlouhodobě zabývají, se u těhotných uživatelů pervitinu jedná o velmi mladé ženy, jejichž průměrný věk je 22,7 let, u uživatelů heroinu je to 23 let. Kromě toho, že se ve většině případů jedná o velice mladé ženy, k čemuž výrazně přispělo i to, že do roku 1989 se v České republice užívání drog v širším měřítku téměř nevyskytovalo a po vzniku klasického drogového trhu oslovily

drogy především mladé jedince, jsou gravidní závislé uživatelky z 90% svobodné a nezaměstnané. Těhotenství je prakticky vždy neplánované a v mnoha případech nechtěné. Průměrná délka užívání drog je v době otěhotnění u uživatelék pervitinu 3,3 roku u uživatelék heroínu je to 3,7 roku.

*„Celkový zdravotní stav ženy je často zhoršen podvýživou/špatnou výživou, nedostatkem krve, infekčními onemocněními (hepatitis, AIDS atd.) a dalšími nemocemi, které obvykle doprovází užívání drog.“* (cit. Velemínský, Žižková, 2008 s. 26) Zdravotní problémy se kterými se drogově závislé těhotné ženy potýkají, často zanedbávají a příliš nevyužívají nabídky, kterou jim zdravotní systém nabízí. Z těchto důvodů budoucí matky zjišťují svou graviditu se zpožděním, mají nejistý termín porodu a celková péče o zdraví dítěte i matky je nedostatečná.

Všechny nepříznivé podmínky, které jsou sepsané výše, negativním způsobem ovlivňují život ženy a zároveň zvyšují rizikové faktory během celého těhotenství i při porodu a působí i na vývoj a zdravotní stav ještě nenarozeného dítěte.

## 2.3 Drogově závislé matky

Jedním z hlavních faktorů, který činí ženskou skupinu uživatelék drog rozdílnou od mužské, jsou specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím, tedy rozdílnost spojená spíše s biologickými faktory. Při práci s drogově závislými ženami se setkáváme s různými předsudky a postoji, které jsou této skupině vlastní. Setkáme se tak například s názory, že gravidní závislá žena automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem získá silný mateřský vztah k dítěti nebo naopak, že pokud není motivovaná k léčbě, nemá k dítěti žádný vztah a nebude se tak schopna starat o dítě ani v případě abstinence atd. (Kalina a kol. 2003)

Těhotenství a mateřství s ním spojené může a nemusí být pro ženu motivem k abstinenci. Vždy to záleží na individuální osobnosti jedince, jeho okolí, ale i vnitřních hodnot. Některé zdroje uvádějí, že jen u malé části pacientek se těhotenství stává impulsem k pokusu o léčbu. V těchto případech jsou děti závislým matkám v drtivé většině odebrány a umístěny buď do ústavní výchovy, nebo jsou dány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází. (Časopis – zsfju.zsf.jcu. Prevence úrazů otrav a násilí. Administrace. Články. [online]. [2016-02-24]) Důvodem k odebrání dítěte ve většině případů není braní drogy jako takové, ale celkově nepříznivá sociokulturní situace matky a ztráta její schopnosti o dítě



pečovat. Naopak například Vácha (2005) uvádí, že narození dítěte bývá pro matku často mementem a startovací čarou pro léčbu a motivace skoncovat s drogami kvůli dítěti bývá velmi silná, dlouhodobá a pevná.

Těmto ženám by měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale měla by jím být také nabídnuta specifická zdravotní a psychosociální intervence. Hlavní snahou by tak mělo být vytvoření motivace k abstinenci a následná podpora matky s cílem získat kompetence a schopnosti zapojit se do pečovatelského procesu o své dítě. Drogově závislá žena – matka by si tak měla uvědomit problémy, které přináší její rizikové chování. Všechny snahy by měly směřovat k eliminaci či úplnému odstranění všech nežádoucích faktorů.

### **3 DROGY A JEJICH VLIV NA PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ, PLOD, POROD A NOVOROZENCE**

Třetí kapitola pojednává o tom, jaký vliv mají jednotlivé konkrétní skupiny návykových látek na průběh těhotenství a novorozence. Postupně se tak zaměříme se na skupiny opiátů, stimulantů, konopných drog, skupinu halucinogenů a těkavých látek. Druhá podkapitola se zaměřuje na popis průběhu porodu, který bývá u drogově závislých žen doprovázen charakteristickými rysy, které se u žen, jež nejsou drogově závislé, běžně nevyskytují. Novorozenec drogově závislé matky se zpravidla potýká s neonatálním abstinčním syndromem, se kterým nás podrobněji seznámí třetí podkapitola. Poslední podkapitola ve třetí kapitole se zabývá možnostmi substituční léčby drogově závislých žen. Podrobněji nás seznamuje kromě metadonové a subutexové léčby i s možností nefarmakologické terapie.

Drogová závislost v průběhu těhotenství je závažným zdravotním i sociálním problémem. Během těhotenství drogy způsobují komplikace a negativně ovlivňují vývoj plodu a stav novorozence. Nejrizikovějšími nelegálními drogami jsou pro novorozence heroin a pervitin. Rizikové je pak především to, co s užíváním drog souvisí nepřímě, tedy: intravenózní aplikace, nedostatečná prenatální péče či rizikové chování při obstarávání drog.

#### **3.1 Konkrétní skupiny omamných látek a jejich vliv na průběh těhotenství a novorozence**

Dopad užívání návykových látek na novorozence závisí na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost. (Vavřínková, 2006) Pokud žena užívá během těhotenství drogy vyvolávající závislost, může v kombinaci se zdravotním stavem ženy, její životní situací a stylem života dojít k poškození plodu, mohou se také objevit komplikace během těhotenství i při porodu.

Vývoj dítěte je ovlivněn celou řadou faktorů, přičemž nelze určit, zda je za postižení zodpovědné specifické působení určité drogy či průběh těhotenství, průběh porodu či stav dítěte po porodu a jeho další vývoj. V každém případě je novorozenec ohrožen vznikem abstinčních příznaků, které vyžadují léčbu. (Sedláčková, K., Žižková, B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství.[online]. [cit. 2016-02-24]) Kromě

typu drogy, na které je matka závislá, závisí výskyt a závažnost abstinenčního syndromu u novorozence na čtyřech faktorech: dávce drogy užívané matkou, časovém intervalu od poslední dávky, době trvání drogové závislosti a stáří plodu v děloze v týdnech. (Trávníčková, I. Drogy a těhotenství. [online]. [cit. 2016-02-24])

Na kvalitu života dětí, jejichž matky v průběhu těhotenství, ale i po porodu užívají drogy, má vliv celá řada různých faktorů, které ovlivňují jejich budoucí vývoj. Kromě vlivu omamných látek na dítě před porodem, není možné učinit finální závěr o způsobu, jak jednotlivé omamné látky ovlivňují pozdější vývoj a život dítěte. Jedinou drogou, jejíž vliv na další vývoj dítěte je dobře prozkoumán, je alkohol. Studie se shodují na tom, že děti s vrozeným FAE a vrozeným FAS, mají v dětství i dospělosti závažné problémy chování. (Velemínský, Žižková, 2008)

V následujících podkapitolách budou popsány shromážděné poznatky o konkrétních skupinách drog a jejich účincích na vývoj plodu, průběhu těhotenství, porodu a následném budoucím vlivu na dítě.

### **3.1.1 Opiáty**

Životní styl žen závislých na heroinu je značně neuspořádaný a prenatální péče o jejich těhotenství bývá nedostatečná. Asi 50% z nich do nemocnice přichází až s nástupem kontrakcí nebo odtoku plodové vody. (Drogy-info. Zaostřeno na drogy a těhotenství. [online]. [cit. 2016-02-24])

Opiáty lehce pronikají skrze placentu do organismu plodu a ovlivňují tak prenatální vývoj nenarozeného dítěte. Heroin kumuluje v plodové vodě. Na plod působí tlumivě, a díky tomu plod vykazuje nižší pohybovou aktivitu. (Binder, 1999) Abstinenční syndrom novorozence se objevuje u 50-80% dětí narozených matkám závislým na heroinu, obvykle 48-72 hodin po porodu. (Vavřínková, Binder 2011).

Drogy z této skupiny působí nepříznivě na plod i postnatální vývoj dítěte. Příznaky se pak projevují zejména ovlivněním CNS, což může mít za následek morfologické i funkční změny, které mohou přetrvávat až do dospělosti jedince. (Šamberová, 2003) Studie Baara a de Grafa, jak uvádí Vavřínková a Binder (2006), vypovídá o tom, že u dětí do 5,5 roku jejich života bylo zpozorováno nižší IQ a horší jazykové testy, než u dětí jejichž matky nejsou na návykových látkách závislé. Důležité je ale podotknout, že významnou roli v této studii sehrálo i sociální prostředí, ve kterém děti vyrůstaly. Mezi nepřímé účinky opiátů na plod lze podle Šamberové (2003) zařadit deformaci placenty a pupečníku, která může nastat. Kvůli těmto deformacím dochází k tomu, že plod není dostatečně zásoben

krví, kyslíkem a výživou a proto jsou děti uživatelé opiátů většinou menší a mají nižší porodní váhu.

U žen závislých na heroinu se v některých případech kojení vylučuje s léčebnými postupy či užíváním některých léků, proto je na doporučení pediatra provedena zástava laktace.

### **3.1.2 Stimulanty**

Ženy se závislostí na stimulačních drogách docházejí do prenatální poradny nepravidelně, bývají i excitované a verbálně agresivní a svou závislost často bagatelizují. Kromě stimulačních drog tyto ženy často užívají i jiné látky (cigarety, alkohol, jiné drogy, léky), tudíž je poměrně nesnadné určit přímé účinky stimulantů. (Vavřínková, Binder, 2006)

Zpravidla se novorozenci vystavení účinkům stimulačních drog ať už samotných nebo v kombinaci s jinými, vyznačují nižší porodní hmotností, menším obvodem hlavičky, kratšími dolními končetinami či defekty pohlavní soustavy. Ve většině případů se u dětí projeví akutní abstinенční syndrom, který je doprovázen křečemi, vysokým křikem, průjmy, poruchami spánku či abnormálním EKG záznamem. (Drogy-info. Zaostřeno na drogy a těhotenství. [online]. [cit. 2016-02-24]) Všechny tyto faktory mohou komplikovat poporodní adaptaci a mohou přetrvávat i několik měsíců. Zajímavostí je, že u dětí, jejichž matky, užívají pervitin jsou abstinенční příznaky velmi vzácné, stejně jako těžké vrozené malformace CNS plodu.

Při závislosti na stimulačních drogách není kojení doporučováno. Po porodu se provádí zástava laktace.

### **3.1.3 Konopné drogy**

Užívání marihuany je z velké části spíše nepravidelné, rekreační. Ženám tudíž nečiní problém při zjištění těhotenství aplikaci přerušit. Velkou výhodou této skupiny drog je, že nejčastějším způsobem aplikace je kouření, tudíž je neriziková z hlediska přenosu různých infekcí, HIV, žloutenek či vzniku zánětů žil apod., jako je tomu u užívání drog intravenózním způsobem. Spolupráce s prenatální poradnou bývá dobrá.

Vliv marihuany na plod se odvozuje od dávky. Při dlouhodobém užívání je prokázána nižší hmotnost novorozence. Abstinенční syndrom není výrazný a poměrně rychle odezní. Obvykle je charakteristický neklidem, nespavostí či zvýšenou dráždivostí. (Vavřínková, Binder, 2006)

Dánští odborníci provedli studii s 84 dětmi, které byly vystaveny vlivu konopných drog, a dospěli k následujícím výsledkům. Děti, jejichž matky užívaly v průběhu těhotenství konopné drogy, váží v porovnání s dětmi nepoznamenanými vlivem cannabisu, o 150g méně, měří o 1,2 cm méně a obvod jejich hlavičky je o 0,2 cm menší. Studie dále ukázala, že užívání konopných drog během těhotenství souvisí se špatným sociálním prostředím a větší spotřebou alkoholu, cigaret nebo jiných návykových látek. (Velemínský, Žižková, 2008)

I přesto, že se zdá užívání marihuany v průběhu těhotenství oproti výše zmíněným drogám relativně bezproblémové, není tomu tak. Jakákoli droga užívaná v těhotenství má na dítě neblahý vliv, který pro něho může být zcela zásadní.

### **3.1.4 Halucinogeny**

Halucinogeny bývají v populaci těhotných žen spíše raritou. „*Vliv halucinogenů na plod novorozence je zamlžen vzhledem k časté polydrogové závislosti žen udávajících užívání halucinogenů.*“ (cit. Vavřínková, Binder, 2006 s. 54)

Obecně mají děti narozené ženám užívajícím v průběhu těhotenství LSD, podobné problémy jakoděti, které jsou vystavené skupině opiátů, zejména pak kokainu. Abstinenční příznaky se u dětí příliš neprojevují, přesto může být novorozenec neklidný či plačtivý.

Stejně jako ostatní skupiny drog mohou i halucinogeny vyvolat kontrakce a následný potrat, proto je důležité uvědomovat si nebezpečnost a rizika těchto látek.

### **3.1.5 Těkavé látky**

Inhalační drogy jsou obrovským rizikem pro plod. Kromě malformace plodu se můžeme setkat s výskytem mentální retardace nebo opožděného vývoje. Děti narozené matkám, které užívají těkavé látky, jejichž hlavním představitelem je na našem území především toluen, jsou ohroženy vysokým rizikem kojenecké mortality, syndromem náhlého úmrtí kojence a poporodním útlumem dýchacího centra. Po porodu se zpravidla objevují abstinenční příznaky jako např. poruchy spánku, slabé sání apod. (Sedláčková, K., Žižková, B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství.[online]. [cit. 2016-02-24])

Typickým poporodním znakem je chemický zápach, který novorozenci vydechují. Kojení je u těchto matek nutné zvážit, protože inhalační drogy mohou v mateřském mléce kumulovat. (Drobná, Velemínský, 2000)

### **3.2 Průběh porodu drogově závislých žen**

Tématu porodu u drogově závislých žen se přehledně věnuje Vavřínková a Binder v publikaci *Návykové látky v těhotenství* (2006), ze které budu v této kapitole čerpat.

V průběhu porodu je nutné včas odhalit příznaky možné funkční nedostatečnosti placenty a hypoxii, neboli snížené dávky kyslíku, která způsobuje dušení plodu. Porody drogově závislých žen jsou vždy kardiokardiograficky monitorovány, což je metoda umožňující sledování děložních stahů a tepovou frekvenci plodu. Často totiž při aplikaci stimulačních drog dochází k poruchám srdečního rytmu novorozence.

Ženy si svou dávku drogy často aplikují těsně před příjezdem do porodnice. Podle jedné zahraniční studie bylo zjištěno, že 40% závislých žen si těsně před porodem aplikovalo heroin, aby utlumily porodní bolesti. Intoxikované pacientky se lékaři snaží co nejvíce stabilizovat. V závislosti na vyvolávající látce může docházet ke stimulaci nebo naopak k útlumu kardiovaskulárního systému, je proto důležité dbát o dostatečnou oxygenaci rodičky.

V průběhu porodu je vhodná substituce pacientčiny potřeby návykové látky, protože samotný nástup abstinčních příznaků omezuje průtok krve dělohou a zvyšuje tím riziko fatální hypoxie.

Rodičky závislé na drogách obecně hůře snášejí bolest, často jsou neklidné, úzkostné a mají daleko vyšší nároky na porodnickou analgezii. Spolupracujícím ženám je tedy poskytován epidural. U žen, které se ke spolupráci nepodařilo motivovat, se pak využívá především opiátových analgetik.

Je vhodné vést porod přirozenou cestou, indikace k císařskému řezu ze strany plodu se neliší od indikací u pacientek bez drogové závislosti.

### **3.3 Neonatální abstinční syndrom novorozence**

Všechny drogy, které vyvolávají závislost, mohou způsobit závislost i u plodu. Plod si fyzicky zvyká na stejné látky jako matka, tudíž je závislý na celkovém stavu matky. Po porodu přestane být dítě zásobováno drogami, na které je zvyklé a mohou se tak u něj objevit akutní abstinční příznaky. Tento syndrom se projevuje u 60-90% novorozenců a příznaky mohou trvat i 3-4 měsíce po porodu.

Abstinční syndrom novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS) se podle Staré (2009) vyskytuje u novorozenců matek užívajících opiáty, stimulační drogy, kanabinoidy

nebo jiné návykové látky a projevuje se řadou příznaků, které vycházejí z reakce centrální nervové soustavy, gastrointestinálního traktu, respiračních i vegetativních poruch (Stará, 2009)

V polovině 70. let vytvořila Finneganová hodnotící systém abstinenčního novorozeneckého syndromu. Jedná se o nejpropracovanější a nejužívanější způsob hodnocení NAS. Hodnotí například příznaky z oblasti CNS, respirační či gastrointestinální. Celkově sleduje 21 příznaků NAS a bodově je hodnotí od 1 do 5 bodů. Některé příznaky se hodnotí buď podle intenzity daného příznaku, nebo podle délky trvání příznaku. Skóre je poté užívání k posouzení a odbourávání zejména opiátů, ale lze s ním posuzovat i drogy ostatní. Pokud tedy vznikne podezření na abstinenční příznaky, novorozenec je hodnocen každé 4 hodiny. Pokud je výsledný součet 8 bodů a více, provádí se hodnocení každé 2 hodiny. Jestliže je bodové hodnocení 8 a více bodů ve třech po sobě následujících hodinách stanovuje se diagnóza NAS. (Binder, Vavřínková, 2006)

Mezi nejčastější projevy NAS můžeme zařadit například: vysoko laděný pláč, nespavost, neklid, křeče, špatná výživa, zvracení, řídká stolice, kýchání, rychlé povrchové dýchání, horečka, pocení a další. (Velemínský, Žižková, 2008) Akutní abstinenční příznaky u dítěte mohou být velmi vážné, často se rozvíjí velmi rychle a mohou výrazně ohrozit život dítěte, pokud nejsou včas zpozorovány a ihned léčeny.

Léčba NAS je podle Vavřínkové a Bindera (2006) dvojí. Podpurná a farmakologická. Novorozenec s anamnestickým údajem o abúzu matky by měl být zvýšeně pozorován. Je potřeba zajistit mu takové prostředí, které je teplotně neutrální, a ve kterém není nadměrný hluk ani osvětlení. S dítětem by se mělo manipulovat co možná nejméně. Jako prevence aspirace se doporučuje poloha na břicho nebo na pravém boku. Dále je vhodné časté odsávání nosu a krmení podle klinického stavu dítěte. Farmakologická léčba NAS se skládá z opiových nebo morfiových preparátů. Při klesajícím bodovém hodnocení se dávka postupně snižuje, při stejném nebo zvyšujícím se skóre dávku naopak logicky zvyšujeme. Čím později se s léčbou začne, tím vyšší vzniká riziko morbidit novorozence.

Abstinenční příznaky se sledují u dětí, které byly poslední tři týdny před porodem vystaveny účinku drog, které vytváří závislost. Dítě je sledováno nejméně pět dní po porodu, přičemž rodič musí být informován (ideálně již během těhotenství) o tom, že je třeba dítě sledovat a následně léčit, přičemž rodič musí s hospitalizací a léčbou souhlasit. Pokud souhlas od rodiče nezískáme, je potřeba kontaktovat OSPOD.

### 3.4 Substituce a léčba závislostí v těhotenství

Slovo substituce by se dalo vyložit jako náhrada něčeho. Substituční terapie je tedy způsob léčby, při které je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnosti. Tyto látky mají ale výrazně menší rizika. (Drogová poradna. Pomoc a léčba. Substituční léčba. [online]. [cit. 2016-02-26]) Velkou výhodou substituce je jednak podávání látky jiným než nitrožilním způsobem a za druhé se poskytuje jedinci v množství, které efektivně potlačuje pacientovi abstinenční příznaky, tudíž nemůže dojít k předávkování.

Substituční léčba je prováděna pouze ve specializovaných zařízeních, která mají akreditaci pro substituční programy, a před započetím substituční léčby musí předepisující lékař ověřit, zda pacientovi není substituční terapie poskytována v jiném zdravotnickém zařízení. (Vavřínková, Binder, 2011) Léčba je časově neomezená. Vždy záleží na individuální situaci klienta a podmínkách, které si stanoví zařízení, ve kterém terapie probíhá. V průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu a sociální situace klienta, přičemž v ideálním případě klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení. Substituce je možná pouze u osob závislých na opioidech.

#### 3.4.1 Metadon

Metadon je látka rozpustná ve vodě, která zabraňuje vzniku abstinenčních příznaků, nenavozuje euforii a zároveň blokuje touhu po droze. Při podávání metadonu nedochází ke zvyšování tolerance, tudíž jej pod dohledem možno podávat i několik let v téměř stejných dávkách. Vnímání reality je nezměněno a rizikové užívání se snižuje stejně jako kriminální jevy.

Pro těhotnou narkomanku je velmi důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit tak možnost vzniku fetálních abstinenčních příznaků. Pro metadon musí matka docházet denně, což výrazně zvyšuje možnost sledovat a kontrolovat průběh těhotenství. Matky, které jsou do metadonového programu zařazeny, mají mnohem lepší prenatální péči a méně rizikový způsob života, než ženy, které jsou závislé na heroinu. (Vavřínková, Binder, 2011)

Metadonová substituce zpravidla řeší problém opioidové závislosti u klientek, u kterých selhaly jiné pokusy o abstinenční léčbu. Klient, který je dlouhodobě stabilizován se často zařazuje zpět do pracovního procesu, dokončuje si vzdělání a postupně je schopen zařadit se do běžné společnosti.



### **3.4.2 Buprenorfin (Subutex)**

Buprenorfin byl původně vyvinut jako lék proti bolesti, k detoxifikační a substituční léčbě závislosti na opioidech se začal používat až později. Subutex, resp. Buprenorfin je návyková psychotropní látka, která má podobné účinky jako morfium, heroin nebo jiná látka ze skupiny opiodů. Nejedná se tedy pouze o lék, ale i o návykovou drogu, jejíž užívání spěje k závislosti.

Je nezbytné sdělit, že přestože je subutex návykovou látkou, jeho užívání je mnohem méně rizikové, než užívání samotného heroinu. K hlavním výhodám patří např. to, že subutex je čistou látkou, která neobsahuje žádné příměsi, které bývají v drogách přítomny. Závislost na subutexu nastupuje mnohem pomaleji a v zásadě má daleko mírnější projevy. Zároveň s sebou subutex přináší menší riziko předávkování. (Drogová poradna. Opiáty. Subutex. [online]. [cit. 2016-02-26])

V průběhu let 2002 a 2003 se stal Subutex jednou z nejatraktivnějších drog na tuzemském černém trhu. Na jeho oblibě se pravděpodobně podílela špatná kvalita heroinu, která postupně klesá, výpadky v dostupnosti heroinu a zároveň dobrá dostupnost léku. Do září roku 2003 mohl subutex předepsat jakýkoli lékař, což bylo značně zneužíváno. V dnešní době musí být předepsán na tzv. opiátové recepty (s modrým pruhem), které podléhají mnohem větší kontrole. Subutex zakoupený na černém trhu není lék, ale jedná se pouze o drogu, která má menší míru rizika, pokud není užívána injekčně. (Drogová poradna. Opiáty. Subutex. [online]. [cit. 2016-02-26])

### **3.4.3 Nefarmakologické složky substituční terapie**

Mezi nefarmakologické způsoby substituční terapie můžeme zařadit psychoterapii, psychosociální poradenství, ošetrovatelské služby, fyzioterapii, arteterapii, léčbu somatických onemocnění, pracovní terapii, poradenství týkající se bydlení, zaměstnání, sociálních dávek apod.

## 4 ODBORNÁ PRÁCE S DROGOVĚ ZÁVISLOU ŽENOU

V České republice je péče o drogově závislé osoby spravována přes protidrogová centra, která se nacházejí po celém území ČR. Závislým osobám poskytují tato centra různorodou a rozsáhlou pomoc od výměny injekčních stříkaček, přes poradenství až po pomoc v sociální oblasti.

Pro pomoc drogově závislým matkám existují speciální mateřská centra nebo domy, kam mohou být matky, které mají zájem, po porodu umístěny, v případě, že to umožňuje kapacita v těchto institucích. Na porod drogově závislé matky je vždy upozorněna sociální pracovnice, která celou situaci důkladně prošetří. Na základě výsledků ze šetření rodinné i sociální situace učiní příslušná opatření, která budou vždy směřovat k adekvátní péči o novorozence.

Léčbu drogově závislých zajišťují oddělení pro léčbu závislosti, která jsou zřizována při psychiatrických zařízeních. V těhotenství se odvykání a abstinence doporučuje pouze v průběhu 1. trimestru. V pozdějších fázích těhotenství je už totiž plod na droze závislý, proto je bezpečnější udržovat zbytek těhotenství stabilní přísun drogy a s pokusy o abstinenci začít až po porodu. (Vavřínková, Binder, 2011)

### 4.1 Jakým způsobem se klientky dostanou do odborných zařízení

Podle Preslové (2003) se těhotné ženy a matky závislé na drogách nejčastěji dostávají do odborné péče třemi různými způsoby.

1. *Klientka je evidovaná v kontaktním centru.* V momentě kdy otěhotní, je možné ve spolupráci nadále pokračovat, mít ji pod dohledem, sledovat ji a následně jí doporučit možná řešení. Předchozí spolupráce, která předpokládá již vytvořenou vzájemnou důvěru mezi pracovníkem a klientkou výrazně ovlivňuje možnost řešit situaci, ve které se klientka ocitla. Můžeme tedy usilovat o základní prenatální péči, zamezit rizikům, pomáhat řešit zásadní sociální otázky a zároveň můžeme poskytnout podporu, kterou klientka nutně potřebuje. Je nutné probírat s ženou možnosti substituční léčby, případných potratů a dalších velmi citlivých osobních témat.

2. *Těhotná žena bere drogy a následně porodí dítě s abstinenčním syndromem.*

Z porodnice je informován příslušný odbor i sociální pracovnice a poté je o situaci informováno i příslušné protidrogové zařízení. Problém drogové závislosti, který je objeven teprve v průběhu porodu bývá v poslední době velmi častým. Na základě předběžného opatření bývá dítě zpravidla umístěno do kojeneckého ústavu. V této situaci záleží na mnoha faktorech, a to na: zájmu matky o dítě, ochotě matky podstoupit léčbu, postoji kojeneckého ústavu, ale i aktivitě a informovanosti příslušných orgánů a sociální pracovnice, která má konkrétní případ na starost. V těchto případech je nezbytný mezioborový přístup a spolupráce. Potvrzuje se, že ve chvíli, kdy je matka po porodu hospitalizovaná společně s dítětem, je daleko více motivovaná k léčení a současně má i větší zájem o dítě. V našich podmínkách bývá ale společný pobyt matky s dítětem téměř nemožný. Matka tak bývá od dítěte odloučena a zpětné vytváření vazby je velice nesnadné. Proto je ve fázi porodu nutné rozhodovat rychle a odborně. Je potřeba provést diagnostiku, zda se jedná o matku, která o dítě či léčbu nejeví zájem nebo zda se jedná o matku, kdy je léčba i starost o dítě nadějná.

3. *Žena má v péči dítě nebo děti a zároveň užívá drogy.* Na tuto situaci většinou upozorní okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci). Tyto případy bývají zpravidla těmi nejméně nadějnými. Problém zde trvá již dlouhou dobu, setkáváme se zde se zanedbávanou péčí o dítě, což bývá podnětem pro jednání příslušných státních orgánů. Tímto způsobem života žije rodina již delší dobu a jakýkoli zásah zvenčí je rodinou vnímán přinejmenším jako velice obtížný. I v těchto případech je nutná mezioborová spolupráce, do které jsou zařazeny odborníci z oboru gynekologie, psychologie, sociální práce, práva aj. Nezbytné je i zapojení kojeneckých ústavů, soudů, odborů péče o dítě a v neposlední řadě samozřejmě i zařízení pro léčbu drogově závislých.

## **4.2 Sociální práce s drogově závislou matkou**

Jestliže se podaří navázat spolupráci sociálního pracovníka a drogově závislé těhotné ženy ještě před samotným porodem, má to mnoho výhod. Sociální pracovnice vede s těhotnou ženou několik konzultací, kterých se může účastnit i otec, nebo jiná blízká

osoba ženy. V průběhu těchto setkání se projednávají sociální, ekonomické i právní otázky, které jsou pro sociální situaci ženy aktuální. Úkolem sociálního pracovníka před narozením dítěte je pomoc s řešením co největšího množství problémů samotné klientky. Cílem sociálního pracovníka v těchto setkáních je pokusit se ženu motivovat k léčbě, k souhlasu s kontaktováním příslušného sociálního odboru nebo jiné instituce, která má vztah ke zdraví ženy a dítěte. Také se může objevit potřeba spojit se s otcem a zajistit mu případnou protidrogovou léčbu. Sociální pracovník pomáhá ženě navazovat kontakty s institucemi, které jí mohou poskytnout pomoc, poradenství nebo léčbu. Zároveň pomáhá těhotné ženě s podáváním a vyplňováním žádostí např. o ubytování nebo sociální dávky.

Úkolem sociálního pracovníka během hospitalizace ženy je informovat o všech důležitých faktech jak pacientku, tak zaměstnance gynekologicko-porodního oddělení nemocnice. Sociální pracovník dohlíží na celý průběh hospitalizace, pacientce je oporou a podporou.

Problémy se mohou objevit v momentě, kdy se na přítomnost drog přijde až v průběhu porodu a těhotná žena doposud nemá se sociální pracovníci žádnou zkušenost. Ve chvíli, kdy se drogově závislé matce narodí dítě, musí sociální pracovnice dané nemocnice tuto ženu kontaktovat. Z předchozích kapitol víme, že se matka závislá na drogách vyznačuje menším či větším stupněm rizikového chování. Tyto ženy zpravidla nedochází na pravidelné lékařské prohlídky, často trpí různými nemocemi, nedodržují zdravou životosprávu atd. Před sociální pracovníci stojí nelehký úkol, protože rozhovor s těmito ženami nebývá snadný. Od drogově závislé matky potřebuje sociální pracovnice zjistit pravdivé informace o tom, zda během těhotenství drogy užívala, jaké a v jakém množství. Užívání drog matky často bagatelizují, zapírají nebo přiznají jen příležitostné užívání. Nutné je také zjistit, kde a v jakém prostředí matka žije, zda má pro dítě připravenou alespoň tu nejzákladnější výbavu, zda péči o dítě zvládne po finanční stránce a zda je ochotna podstoupit léčbu. Sociální pracovnice dále zjišťuje i informace o otci dítěte.

O narození dítěte drogově závislé matky musí nemocnice informovat sociální pracovníci příslušného oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Pracovnice OSPODu s matkou opět projednává aktuální, ale i budoucí situaci, navštíví ji v domácím prostředí a popřípadě zkontaktuje rodinné příslušníky. S matkou, případně i otcem dítěte jedná sociální pracovnice opakovaně a na základě sociální anamnézy ženy následně rozhodne o tom, zda bude dítě propuštěno do péče matky, jiné osoby nebo příslušného zařízení.

Sociální pracovník působí ve většině případů jako koordinátor mezioborové a

interdisciplinární spolupráce. (Velemínský, Žižková, 2008) Je jakýmsi prostředníkem mezi nemocnicí, ženou – matkou, odborem sociálně právní ochrany dětí, léčebnami případně dalšími zainteresovanými institucemi a organizacemi.

V každém případě je velmi důležité, abychom ženu vždy přijali pozitivně, aby se cítila vítána, bez ohledu na její zdravotní stav a dobu, kdy přišla. K ženě je třeba chovat se s respektem a považovat ji za rovnocenného partnera. Nikdy bychom k ní neměli přistupovat z hlediska moralizujícího či dokonce odsuzujícího.

### **4.3 Systém péče o závislé ženy v ČR**

Problematika návykových látek a jejich užívání v těhotenství je velmi závažným společenským problémem. Drogy ovlivňují jak psychické, tak fyzické zdraví. Zároveň způsobují komplikace v dalším životě ještě nenarozenému dítěti. Pokud žije závislá žena v partnerském či manželském svazku, dostává se rodina kvůli závislosti jednoho či obou rodičů do určité izolace. Péče a výchova dětí se často ocitá na okraji zájmu rodičů a ve velké míře jsou děti narozené závislým matkám odebrány a umístěny do institucí či péče rodinného příslušníka matky.

Práce s těhotnými ženami a matkami s drogovými problémy vyžadují kromě odborných znalostí i zvláštní nároky na osobní kvality zaměstnanců. Je důležité umět aktivně naslouchat, být pozorný, flexibilní, otevřený a zároveň tolerantní vůči jiným normám a životnímu stylu. Důležitá je ochota pracovat v procesu, jehož „výsledky“ jsou ne vždy viditelné. Každý, kdo s touto cílovou skupinou pracuje, by měl umět projevit zájem o klienta a zároveň si zachovat profesionální odstup, který mu umožní objektivně a realisticky pohlížet na konkrétní situaci klienty.

#### **4.3.1 Centrum pro rodinu (CPR) – Drop-In, o.p.s.**

CPR je jedním z programů Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop-In, o.p.s. Jedná se o registrované nestátní zdravotnické zařízení, které se zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství, a terapii drogových problémů pomocí tzv. Harm reduction (=snižování rizik, které s užíváním drog souvisejí). Jednou z hlavních priorit je i prevence vůči HIV. V současnosti má CPR v České republice jednu z nejucelenějších koncepcí péče o těhotnou drogově závislou matku a její dítě.

Jedním z prvních projektů CPR je projekt *„Resocializace matek užívajících*

*psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech*, který v současnosti nese název „*Integrace rodiny*“. Mezi základní cíle tohoto projektu spadá například motivovat gravidní klientky či klientky, které o dítě pečují k abstinenci návykových látek, nabídnout těmto ženám adekvátní řešení situace a pomoci stabilizovat jejich zdravotní stav během těhotenství i později a další. Všechny cíle by měly směřovat k tomu, aby děti klientek mohly zůstat v přirozeném prostředí, tedy v péči matky, pokud je toho matka samozřejmě schopna. V momentě, kdy byly děti matkám odebrány a svěřeny do ústavní péče, usiluje CPR o motivaci matky, která směřuje matku k takovému způsobu života, který umožňuje dítě navštěvovat nebo zvládnout situaci tak, že dítě bude vráceno matce do rodinného prostředí. (časopis-zsfju.zsf.jcu. *Prevence úrazů otrav a násilí*. Administrace. Články. [on-line]. [2016-03-01])

#### **4.3.2 Centrum komplexní péče o dítě a rodinu (CKP) – Sananim, z.ú.**

Centrum vzniklo na základě dlouholetých zkušeností s prací s rodiči – uživateli drog v řadě zařízení Sananimu, z.ú., a zároveň vzešlo z podnětů spolupráce se všemi ostatními spolupracujícími organizacemi v této oblasti. (Sananim. Centrum komplexní péče o dítě a rodinu. [on-line]. [2016-03-01])

Hlavním úkolem CKP je poskytnout podporu v oblasti práce se závislými rodiči. Cílem je spokojené dítě v péči těch, kteří mu chtějí být milující a kvalitní rodinou.

Pro drogové uživatele CKP poskytuje řešení drogové problematiky, podává informace o vlivu drog na plod v těhotenství, podporuje rodičovství, péči o dítě a zároveň rozvíjí rodičovské kompetence. Pracovníci CKP doprovázejí klienty při snaze získat odebrané dítě zpět do vlastní péče, poskytují jim sociální a právní poradenství. Klientům pomáhají při jednáních s institucemi a úřady a zároveň je odkazují na zdroje dalších služeb. (Sananim. Centrum komplexní péče o dítě a rodinu. Co nabízíme. [on-line]. [2016-03-01])

#### **4.3.3 Terapeutická komunita Karlov (TKK) – Sananim, z.ú.**

TKK je další organizací, která poskytuje služby v oblasti protidrogových služeb. Cílovou skupinou jsou jednak mladiství, kteří zde mají střednědobou rezidenční léčbu, druhou cílovou skupinu zde tvoří matky s dětmi, jejich léčba je dlouhodobá. TKK je specifický typ léčebného zařízení, ve kterém společenství lidí (klienti a terapeuti) a léčebný systém utváří bezpečný prostor pro růst jednotlivých členů komunity.

Základním cílem léčebného programu v terapeutické komunitě je integrace a

plnohodnotné zapojení klienty (matky) do běžného života, přičemž základním prostředkem k dosažení tohoto cíle je abstinence. Klientky se postupně snaží zvyšovat svou odpovědnost za vlastní jednání, získávají základní sociální a komunikační dovednosti, osvojují si pracovní a hygienické návyky. Učí se poznávat sebe sama, přijímat se a získávat náhled na své dosavadní chování a způsob života. Mezi specifické cíle u skupiny matek patří vytváření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem, přijetí role matky, či osvojení základních dovedností v péči o dítě. U skupiny dětí jsou cíle směřovány k zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení, diagnostika zdravotního stavu dítěte, zajištění odpovídající výchovy, případně zajištění speciální péče o dítě v případě jeho specifických potřeb. (Sananim. Terapeutická komunita Karlov. Léčba matek s dětmi. Naše cíle. [on-line]. [2016-03-01])

Léčba v TKK je určena těhotným ženám závislých na drogách, drogově závislým matkám s dětmi, matkám, které mají soudně nařízenou léčbu a dále matkám, kterým bylo dítě na základně předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče. V posledním případě je nutný souhlas s pobytem v tomto zařízení od OSPODu nebo jiného zákonného zástupce dítěte. Žena zároveň musí mít stanovenou diagnózu závislosti, absolvovanou detoxifikaci a k léčbě musí nastoupit dobrovolně. (Sananim. Terapeutická komunita Karlov. Léčba matek s dětmi. Komu je léčba určena. [on-line]. [2016-03-01])

#### **4.3.4 Doléčovací centrum pro matky s dětmi (DC MAT) – Sananim, z.ú.**

DC MAT poskytuje klientkám služby, které vedou k jejich sociální stabilizaci a nalezení vlastního místa a uplatnění ve společnosti. Terapeuti usilují o to, aby klientky přijaly abstinenci od návykových látek jako nezbytnou součást svého dalšího života. Snaží se o to, aby klientka našla v abstinenci nové možnosti a výhody, které bezpochyby přináší.

Základním cílem doléčovacího programu je skrze podpůrné, poradenské a terapeutické aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti. Zároveň se snaží podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, ke kterým u klientek došlo již před vstupem do doléčovacího programu. Součástí DC MAT je i možnost chráněného bydlení, které klientce umožňuje odpoutat se od léčebného zařízení a rodiny. Chráněné bydlení učí klientku žít samostatně, podporuje ji v praktických dovednostech a nabízí jí přechodné ubytování. (Sananim. Doléčovací centrum pro matky s dětmi. Naše cíle. [on-line]. [2016-03-01])

## 5 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

První kapitola diplomové práce celkově pojednává o drogách a drogové závislosti. Postupně jsou podrobně vysvětleny základní pojmy, se kterými se v celé práci neustále setkáváme. Dozvídáme se tak informace o tom, co je to droga, jak ji definují různí autoři a jak ji můžeme chápat v kontextu této práce. Podobným způsobem jako pojem droga je definován i pojem drogová závislost. V souvislosti s drogovou závislostí jsou zde zmíněny i její fáze. Všechny čtyři fáze drogové závislosti jsou stručně charakterizovány z hlediska hlavních rysů. Zároveň je u každé jednotlivé fáze popsán typický průběh, v rámci kterého se člověku postupně začíná zcela měnit jeho dosavadní způsob života. První kapitola též čtenáři poskytuje stručný přehled o příčinách, které mohou vést člověka k tomu, aby drogu vyzkoušel a postupně si na ní vytvářel závislost. V momentě, kdy je člověk na droze závislý a můžeme o něm hovořit jako o narkomanovi, je jasné, že návykové látky mají na celkovou osobnost člověka často i nezvratné důsledky. Právě o negativních důsledcích, které postihují sociální, psychickou, ale i biologickou součást člověka je v této kapitole krátká zmínka. Závěrečnou část úvodní kapitoly tvoří klasifikace návykových látek. Krok za krokem se tak seznamujeme se skupinou opiátů, stimulantů, konopných látek, halucinogenů i těkavých látek.

Navazující kapitola seznamuje čtenáře s poměrně tabuizovaným tématem, kterým je „drogově závislá žena“. Druhá kapitola je rozdělena do tří oblastí, které se nejprve zabývají charakteristikou drogově závislých žen, u kterých je například zmíněn i silný a zvláštní vztah k muži, který si k němu v průběhu své drogové kariéry velmi rychle vytváří. Následující oblast se zabývá drogově závislou těhotnou ženou. Tato oblast upozorňuje především na rizika, která jsou spojena s celkovým životním stylem drogově závislé gravidní ženy. Poslední oblast této kapitoly se věnuje drogově závislým matkám. Kromě rozdílných postojů, které drogově závislé ženy zauímají ke svému životu v momentě narození dítěte, se v této části kapitoly klade důraz na nutnost poskytnutí odpovídající specifické zdravotní a psychosociální intervence, která je ale samozřejmě nezbytná i u drogově závislých žen a drogově závislých těhotných žen.

Následující kapitola pojednává o vlivu jednotlivých skupin omamných látek na průběh těhotenství, plod a následně i novorozence. Podrobně popisuje, jaké účinky mají na plod v průběhu těhotenství opiáty, stimulanty, konopné drogy, halucinogeny a těkavé látky. Čtenáři se tak seznamují s hlavními riziky, které jsou s užíváním drog v průběhu těhotenství spojeny z hlediska jednotlivých skupin drog. Dále se kapitola zmiňuje o



průběhu porodu drogově závislé ženy. Čtenář se tak například dozvídá informace o tom, že drogově závislé ženy bývají při porodu neklidné, úzkostné a hůře snáší bolest, než ženy, které problémy s drogami nemají. Novorozenec, který se drogově závislé ženě narodí, často trpí tzv. neonatálním abstinenčním syndromem. Co je neonatální abstinenci syndrom, jaké jsou jeho charakteristické rysy, jaká jsou s ním spojena rizika, jakým způsobem se posuzuje a mnoho dalších informací týkající se tohoto syndromu je v této kapitole také zmíněno. Poslední část této kapitoly je věnována informacím ohledně substituční léčby závislosti v těhotenství. Nejdříve je obecně vysvětlen pojem substituce, následně je substituční léčba rozdělena a podrobněji popsána na substituční léčbu metadonovou, subutexovou a léčbu, která neobsahuje farmakologické složky.

Čtvrtá kapitola se zabývá odbornou prací s drogově závislou ženou, přičemž jsou pro zajímavost uvedeny i nejčastější způsoby, jakými se klientky dostanou do odborných zařízení. Zpravidla se tak jedná o klientky, které jsou evidovány v kontaktních centrech, těhotné ženy, které berou drogy a následně porodí dítě s neonatálním abstinenčním syndromem nebo ženy, které mají v péči jedno či více dětí a současně užívají drogy. Zmíněna je i sociální práce s drogově závislou ženou, kde jsou popsány základní etické i profesionální zásady, které musí každý sociální pracovník znát a aktivně je užívat. V neposlední řadě je v této kapitole popsán systém péče o drogově závislé ženy a matky v České republice. Postupně se tak čtenář dočítá o hlavních institucích a centrech, které s drogově závislými ženami a matkami pracují. V rámci každé organizace jsou popsány nejen hlavní zásady a pravidla spolupráce, ale i způsoby práce s klientkami a cíle, ke kterým se celý odborný tým společně s klientkami snaží dojít.

## 6 ETICKÉ ZÁSADY VÝZKUMU

Velmi důležitá součást výzkumu je etika, která je mnohdy opomíjena, což může mít za následek získání zkreslených informací od respondentů či dokonce k porušování jejich práv. Základním pravidlem při výzkumu je nepoškodit účastníka výzkumu. Účast na výzkumu je vždy pouze dobrovolná. Výzkum je možné dělat pouze s osobami, které s účastí souhlasí a poskytnou nám informovaný souhlas s výzkumem. Informovaný souhlas zaručuje to, že účastník výzkumu rozumí tomu, proč se výzkum dělá, k čemu slouží, zná výhody i nevýhody, které mu účast na výzkumu přináší a podobně. Zároveň musí respondent bezpodmínečně vědět, že z výzkumu může kdykoli odstoupit, přerušit ho nebo neodpovídat na otázky, které mu jsou nepříjemné.

Milovský (2006) uvádí, že je třeba o etických pravidlech a normách uvažovat minimálně ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem, ochrana účastníků výzkumu a ochrana výzkumníka. Dalším důležitým etickým aspektem je i důvěryhodnost výzkumníka. Právě důvěra, kterou výzkumník získá od účastníků výzkumu, ovlivňuje nejen motivaci k zvýšení účasti na výzkumu, ale i validitu a přesnost získaných dat.

V rámci výzkumu, který probíhal v TK Karlov, jsem se snažila dodržovat všechny etické zásady, které patří mezi ty podstatné. Každé klientce jsem nejprve objasnila, o jaký výzkum se jedná, k čemu mi bude sloužit a následně jsem se jí zeptala, zda souhlasí s tím, aby mi interview poskytla. Díky tomu, že jsem s klientkami měla možnost strávit pár dní před samotným rozhovorem, myslím si, že mezi námi vznikla alespoň malá důvěra, která souhlasu s výzkumem poměrně pomohla. Poté jsem klientkám stručně sdělila, že veškeré informace, které od nich dostanu, nebudu prezentovat jinde, než ve své diplomové práci a všechny jejich osobní údaje, které se týkají především jejich jmen, budou buď pozmeněny, nebo nebudou uváděny vůbec. Na základě těchto informací jsem klientkám podávala k podpisu informovaný souhlas (viz příloha č. 1), který po mě vedení TK Karlov chtělo, jako důkaz, že klientky s rozhovorem souhlasí. Dále jsem si od klientek vyžádala souhlas související s nahráváním rozhovorů na telefon, přičemž ihned po přepsání rozhovorů do počítače, nahrávky z mobilního telefonu smažu. V neposlední řadě jsem klientkám předala informace o tom, že v momentě, kdy nebudou nějaké otázce rozumět, mohou se doptat. Také jsem je seznámila s jejich právem, kterým je možnost říct „stop“ ve chvíli, kdy na danou otázku nebudou chtít odpovídat nebo budou chtít rozhovor zcela ukončit.

## 7 POPIS POUŽITÝCH METOD

Pro zjišťování potřebných dat jsem zvolila *techniku kvalitativního výzkumu*. Termín kvalitativní výzkum označuje jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. (Strauss, Corbinová, 1999) Vzhledem k tomu, že se kvalitativní výzkumy týkají zpravidla života lidí, příběhů, chování či chodu organizací nebo vzájemných vztahů, volba techniky pro mě byla jasná. V rámci kvalitativního výzkumu jsem zvolila kvalitativní metodu získávání údajů, a to kvalitativní dotazování. Tato metoda se vzhledem k průzkumu jevila jako nejvíce vhodná především proto, že se zaměřuje na porozumění a interpretaci určitých témat, čímž zároveň dokáže vytvořit konkrétní obraz dané problematiky, na rozdíl od kvantitativních forem výzkumu, které slouží primárně pro ověření teorie nebo získání objektivních důkazů.

Jako *metodu výběru výzkumného souboru* jsem zvolila metodu záměrného (účelového) výběru, což je nejrozšířenější metoda výběru vůbec. Konkrétně jsem pak volila záměrný (účelový) výběr přes instituce. Tato metoda využívá určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, která je určena pro konkrétní cílovou skupinu přičemž nás tato cílová skupina v rámci výzkumu zajímá. (Milovský, 2006) V tomto případě se tedy jedná o výběr výzkumného vzorku z Terapeutické komunity Karlov, kde jsou cílovou skupinou drogově závislé matky s dětmi. Výhodou této metody je například časová efektivita. Jako nedostatek je vnímáno to, že výzkumný vzorek z dané organizace představuje jen určitou část celkového spektra konkrétní cílové skupiny, proto nelze získaná data uplatňovat na celou škálu cílové skupiny.

Polostrukturované interview jsem zvolila jako *metodu získávání dat*. V rámci polostrukturovaného rozhovoru je třeba si vytvořit určité schéma, které jsou pro tazatele závazné a podstatné. Schéma obvykle představují okruhy otázek, na které se účastníků ptáme. Veliká výhoda je možnost záměny pořadí schémat, což v mnoha případech umožňuje maximalizaci výtěžnosti interview. (Milovský, 2006) Jako další výhodu spatřuji možnost dovysvětlení a upřesnění otázek, což například ve strukturovaném rozhovoru nelze.

Pro zafixování získaných dat využiji metody audiozáznamu. Audiozáznam mi poskytne obrovskou podporu a pomoc. Zvukový záznam je zcela nestranný a je na něm vše tak, jak se odehrálo, díky tomu ho můžeme považovat za autentický. Přesto budu mít k ruce poznámkový blok, který mi však bude sloužit výhradně k poznámkám, které získám prostřednictvím pozorování respondenta. (Milovský, 2006)

## 8 FORMULACE CÍLŮ

**Hlavním výzkumným cílem** pro metodickou část této diplomové práce je zmapovat, jak se změnil postoj drogově závislé ženy ke svému životu a návykovým látkám při zjištění těhotenství a po porodu. Pro získání tohoto cíle jsem do výzkumného šetření zařadila klientky z Terapeutické komunity Karlov, která je jedinou terapeutickou komunitou v ČR, kde se mohou drogově závislé klientky účastnit léčby i s jejich dětmi. Pro dosažení a upřesnění hlavního cíle jsem zvolila další tři dílčí výzkumné cíle, které hlavnímu cíli dodají větší konkrétnost.

**Prvním dílčím výzkumným cílem** je zjistit, jak se vyvíjel vztah drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu života během těhotenství. Díky tomuto dílčímu cíli lépe a snadněji pochopíme problematiku těhotenství u drogově závislých žen. Dozvíme se například informace o tom, zda těhotenství žena plánovala, jaké prožívala pocity či s jakými reakcemi se setkala od svého okolí.

**Druhým dílčím výzkumným cílem** je zjistit, jak se vyvíjel vztah drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu svého života po porodu. Oproti prvnímu dílčímu výzkumnému cíli nám tento dílčí cíl podá informace o tom, co pro drogově závislou ženu znamená pojem mateřství nebo co pro ni byl největší motiv, který vedl k podstoupení léčby v TKK.

**Třetím dílčím výzkumným cílem** je zjistit, jak vnímají drogově závislé těhotné ženy a matky systém péče, který mohou využívat, zejména s důrazem na sociální práci. Tento dílčí výzkumný cíl se zaměřuje především na potřeby drogově závislých matek, jakožto klientek. Díky poslednímu dílčímu cíli dokážeme určit, zda existuje nějaká mezera v poskytování sociálních služeb gravidním uživatelkám drog nebo zda naopak klientky samy žádné nedostatky neshledávají a stávající péče jim vyhovuje.

Pro zjištění výzkumných dílčích cílů (dále už jen DVC) jsem zvolila devatenáct tazatelských otázek (dále už jen TO), které pro lepší orientaci a přehled znázorním v následující transformační tabulce.

**Tabulka č. 1: Transformační tabulka**

Hlavní výzkumný cíl	Dílčí výzkumné cíle	Výzkumné otázky	Indikátory	Tazatelské otázky
Zmapovat, jak se změnil	<b>DVC1:</b> Zjistit, jak se vyvíjel vztah	<b>VO 1:</b> Plánovala drogově závislá matka v TKK své	Plánované či neplánované těhotenství	<b>TO1:</b> Plánovala jste těhotenství?

postoj drogově závislé ženy ke svému životu a návykovým látkám při zjištění těhotenství a po porodu.	drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadního způsobu života během těhotenství	těhotenství?		
		<b>VO 2:</b> Tajila drogově závislá matka v TKK své těhotenství?	Utajované těhotenství	<b>TO2:</b> Tajila jste své těhotenství?
		<b>VO 3:</b> Uvažovala drogově závislá žena v TKK o možnosti adopce nebo interrupce?	Možnost adopce či interrupce	<b>TO3:</b> Uvažovala jste o adopci nebo interrupci?
		<b>VO4:</b> Co pro drogově závislou matku v TKK znamená těhotenství?	Vztah drogově závislé matky k těhotenství	<b>TO4:</b> Co pro vás znamená/znamenalo těhotenství?
		<b>VO5:</b> Jaký měla drogově závislá žena v TKK průběh těhotenství?	Průběh těhotenství	<b>TO5:</b> Jaký jste měla průběh těhotenství?
		<b>VO6:</b> Jaké emoce prožívala drogově závislá žena v TKK během svého těhotenství?	Prožívané emoce v průběhu těhotenství	<b>TO6:</b> Jaké jste prožívala pocity během svého těhotenství?
		<b>VO7:</b> Co vedlo drogově závislou matku v TKK ke snižování nebo zvyšování dávky drog v průběhu těhotenství?	Zvyšování/snižování dávek drog v těhotenství	<b>TO7:</b> Co Vás vedlo ke snižování nebo zvyšování dávek drogy v průběhu těhotenství?
		<b>VO8:</b> Jakým způsobem si drogově závislá matka v TKK dávkovala drogu?	Způsob dávkování drogy	<b>TO8:</b> Jakým způsobem jste si dávkovala drogu?
		<b>VO9:</b> Účastnila se drogově závislá matka v TKK substituční léčby?	Substituční léčba	<b>TO9:</b> Účastnila jste se během těhotenství substituční léčby?
		<b>VO10:</b> Jaká byla reakce okolí drogově závislé ženy v TKK v momentě, kdy se dozvěděli o jejím těhotenství?	Reakce okolí	<b>TO10:</b> Jak reagovalo okolí na Vaše těhotenství?

	<b>DVC2:</b> Zjistit, jak se vyvíjel vztah drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu jejich života po porodu	<b>VO11:</b> Jaký měla drogově závislá žena v TKK průběh porodu?	Průběh porodu	<b>TO11:</b> Jaký jste měla poběh porodu?
		<b>VO12:</b> Byl narozenému dítěti drogově závislé ženy v TKK diagnostikován neonatální abstinční syndrom?	Diagnóza neonatálního abstinční syndromu	<b>TO12:</b> Byl vašemu dítěti diagnostikován abstinční syndrom?
		<b>VO13:</b> Jakým způsobem přistupovala drogově závislá matka v TKK k drogám po narození jejího dítěte?	Přístup k drogám po narození dítěte	<b>TO13:</b> Jak jste přistupovala k drogám po narození Vašeho dítěte?
		<b>VO14:</b> Co se dělo s drogově závislou matkou v TKK a jejím dítětem v prvním roce života dítěte?	První rok života dítěte Motivy pro léčbu v TKK	<b>TO14:</b> Co se dělo s Vámi a vaším dítětem v prvním roce života dítěte?
		<b>VO15:</b> Jaké měla drogově závislá matka motivy pro to, aby podstoupila léčbu v TKK?	Motivy pro léčbu v TKK	<b>TO15:</b> Co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupila léčbu v TKK?
		<b>VO16:</b> Co pro drogově závislou ženu v TKK znamená mateřství?	Drogově závislá žena a vztah k mateřství	<b>TO16:</b> Co pro Vás znamená mateřství?
	<b>DVC3:</b> Zjistit, jak vnímají drogově závislé těhotné ženy a matky systém péče	<b>VO17:</b> Setkala se drogově závislá žena ve svém životě osobně s činností sociální/ho pracovnice/pracovníka?	Setkání se s činností sociální pracovníci či pracovníkem	<b>TO17:</b> Setkala jste se osobně ve svém životě s prací sociálního pracovníka nebo pracovnice?

	v ČR, který mohou využívat, zejména s důrazem na sociální práci	<b>VO18:</b> Jakou zkušenost má drogově závislá žena z TKK se sociálními pracovníci?	Zkušenosti se sociálními pracovníky či pracovníci	<b>TO18:</b> Jakou zkušenost máte se sociálním pracovníkem či sociální pracovnící?
		<b>VO19:</b> Existuje něco, co by se podle drogově závislé ženy v TKK mělo zohlednit v systému péče o drogově závislé těhotné ženy a matky v ČR?	Vylepšení systému péče o drogově závislé těhotné ženy a matky v ČR	<b>TO19:</b> Je podle Vás něco, co by se mělo zohlednit v systému péče o drogově závislé těhotné ženy a matky?

## 9 POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Celý výzkum probíhal v Terapeutické komunitě Karlov, která se nachází v Jižních Čechách, nedaleko města Písek. V České republice se jedná o unikátní druh služby, který je určen primárně pro drogově závislé matky a mladistvé, kteří jsou na návykových látkách taktéž závislí. Jelikož je TKK jediná, která v ČR nabízí dlouhodobou pomoc drogově závislým matkám, s výběrem místa pro uskutečnění výzkumu, jsem ani na okamžik nepochybovala, protože jsem již od zvolení tématu věděla, že bych ráda realizovala rozhovory s drogově závislými matkami, které jsou v léčbě.

### 9.1 Kontaktování Terapeutické komunity Karlov

Dne 17. 2. 2016 jsem kontaktovala TKK prostřednictvím emailu ve znění:

*„Dobrý den, jsem studentkou 2. navazujícího ročníku magisterského studia při oboru Sociální a charitativní práce na Karlově Univerzitě. Jako téma své diplomové práce jsem zvolila „Drogově závislé matky“.*

*Ráda bych zjistila, jak a zda se mění postoj drogově závislé ženy ke svému životu před těhotenstvím, při zjištění těhotenství a po porodu. Chtěla bych zmapovat, jak se vyvíjel vztah těchto žen k návykovým látkám během těhotenství a prvního roku života jejich dítěte a zda je dítě motivací k abstinenci.*

*Zatím mám zpracované pouze základní body své praktické části, kterou bych chtěla postavit na rozhovorech s ženami, které jsou v terapeutické komunitě Karlov. Proto se obracím na Vás a ráda bych se zeptala, zda by byl výzkum v TKK byl vůbec možný, a co bych proto musela případně udělat.*

*Předem děkuji za odpověď a přeji krásný zbytek dne.  
Bc. Veronika Ouředníková“*

O osm dní později, tedy dne 25. 2. 2016 jsem dostala odpověď, že rozhovory mohu udělat pouze pod podmínkou týdenní stáže v TKK, která je koncipována jako sebe-zkušenostní. Stáž obvykle trvá od pondělí do pátku a nejbližší volný termín mi byl navržen až na první týden v dubnu. Celá stáž vyjde na 1.000,-, což jsou peníze, které půjdou na stravu a ubytování. Dále mi bylo sděleno, že v současné době se v TK Karlov léčí 7 matek s dětmi.



## 9.2 Průběh stáže

Dne 4. 4. 2016 jsem v dopoledních hodinách dorazila do TKK, kde se mě ihned ujali jak klienti, tak pracovníci. Postupně jsem byla obeznámena s pravidly a programem, který je v TKK poměrně náročný a přesný. Kromě velkého množství nových informací jsem byla seznámena s tím, že momentálně je v léčbě 6 matek, ale jedna z nich během dnešního rána odjela s dcerou do nemocnice a není jasné, jak dlouho tam bude. Během úvodních informací jsem musela podstoupit, jakožto klientka v I. fázi, test na drogy, který by v případě pozitivních výsledků znamenal konec mé stáže. Po vyřízení administrativních věcí jsem byla provedena a seznámena s celým areálem, včetně zaměstnanců. Jelikož byla stáž koncipována jako sebezkušenostní, podstoupila jsem i prohlídku mých věcí, se kterými jsem do Karlova přijela. Prohlídku prováděly dva z mladistvých klientů. Teprve po této, ne zcela příjemné zkušenosti, jsem byla ubytována v domě A, kde bydlí mladiství klienti. V 13:00 následoval společný oběd a po polední pauze následovalo několik pracovních bloků po sobě. Po dvouhodinovém hrabání listí v areálu Karlova následovala půlhodinová přestávka, po které se všichni odebrali na terapeutické setkání. Tato skupina nesla název „životopisná“ a spočívala v tom, že jeden klient z mladistvých si připravil povídání o svém životě na jednu hodinu. V této hodině vyprávěl o svém dětství, rodinných vztazích, škole, volném času, vztazích s vrstevníky, prvních láskách, narození svého syna, ale i způsobu života, který už nechce vést. Po dokončení projevu tohoto klienta následovala patnácti minutová reflexe od zbývajících členů komunity, kteří na tomto setkání byli. Všechny reflexe byly jedním klientem zapisovány a následně předány klientovy, který svůj životní příběh dovyprávěl s tím, aby si je mohl kdykoli znovu přečíst. Poté následovala společná večeře, o kterou se postarali, stejně jako při obědech a snídaních, samotní klienti. Ještě před osobním volnem, které začíná ve 20:15, byla povinná poslední komunita tohoto dne, která je nazvána „otevřená“. V rámci tohoto setkání klienti řeší, jaké mají pocity, co je trápí, zda mají chuť na drogy, co je přes den naštválo, co se jim líbilo atd. Po každém projevu následují rychlé reflexe od ostatních klientů. Tyto reflexe se už ale nezapisují, slouží pouze jako aktuální zpětná vazba pro klienta, který o svých pocitech hovořil. Po 20. hodině jsme měli osobní volno, ve kterém jsem si mohla zatelefonovat domů. Oproti klientům jsem měla výhodu, že jsem směla telefon využívat od 20:15 do 21:00. Klienti mohli každý den volat maximálně 5 minut.

Druhý den, tedy 5. 4. 2016 byl budíček v 6:45, následovala rozcvička, kterou jsem jako každý další den ráno trávila v chlívku u koz, kde jsem pomáhala s tříděním kůzlat.

V 8:30 následovala snídaně a po ní hned ranní komunita. V této komunitě se zpravidla shrnoval předchozí den, každý si ale mohl otevřít i své vlastní téma, o kterém chce mluvit. Dále se na této komunitě řešily technické věci, které se většinou týkaly výjezdů, mimořádných hovorů, návrhů na sankce apod. Na všech typech komunity se o jakýchkoli záležitostech týkající se např. mimořádných výjezdů, hovorů i sankcí hlasovalo. Hlasovat mohl každý, kdo byl v I. fázi, kromě stážistek. Po ranní komunitě následoval pracovní blok, ve kterém jsem měla na starost práci o zahradu, tudíž jsem kromě plení záhonů sela i petržel. Po obědě následoval další pracovní blok, kde jsem pomáhala s opravou oplocení u koz. V 15:00 začínala tzv. „výjezdová komunita“, na které se poměrně podrobně řešily výjezdy klientů. Každý klient, který měl výjezdy povolené, seznamoval celou komunitu s plánem, který v rámci výjezdu uskuteční. Součástí plánu tak bylo zmíněno např. časové rozložení, vlakové a autobusové spoje, finance, rizika, se kterými se klient během výjezdu může potkat, atd. Po shrnutí svého plánu se komunita ještě doptávala na otázky, které je zajímaly, a opět následovalas hlasování. Za celou dobu stáže jsem se nesetkala ani s jedním hlasováním, které by nedopadlo ve prospěch klienta, který si o něco žádal. Po půl hodinové přestávce začínala „interakční skupina“, na které se řešily vztahy mezi klienty. Byla jsem svědkem poměrně vyostřené hádky mezi dvěma klientkami – matkami. Bylo očividné, že nějaké problémy a neshody mají mezi sebou už delší dobu, ale doposud je neřešily. Zlom nastal ve chvíli, kdy se jedné z matek nelíbilo chování té druhé. Původní problém, který matka na této komunitě chtěla řešit, postupně naprosto vyprchal a já tak mohla být svědkem hádky, při které jedna matka očerňuje tu druhou a naopak. Konflikt, který trval přibližně 10 minut, ukončili až přítomné terapeuti, kteří dokázali napětí mezi oběma klientkami alespoň částečně usměrnit. Následně bylo předáno slovo jinému klientovi. Po ukončení jeho vyprávění se pozornost opět přesunula ke klientkám – matkám, které už byly schopny řešit situaci ne tak emotivně, jako před tím. V 18:30 následovala večere a stejně jako předchozí den, jsem mohla od 20:15 využít svou chvilku pro osobní volno.

Ve středu, 6. 4. 2016 mě opět čekal budíček v 6:45. Stejně jako včera jsem místo rozcvičky pomáhala s tříděním koz a kůzlat. V 7:30 byla připravena snídaně a následovala ranní komunita, která tu probíhá každý den. Opět se na ní řešily věci z předchozího dne. Opět bylo otevřeno téma včerejší hádky mezi matkami a kromě tohoto tématu se řešila například i nespavost jednoho klienta, či večerní hovory z předchozího dne a následné pocity, které tyto hovory vyvolaly. Pracovní blok, ve kterém jsem zprvu pomáhala s odnášením větví a stříháním vinné révy, následoval ihned poté. Ve zbylém času jsem porcovala maso z úterní zabíjačky dvou prasat a pomáhala s přípravou dršťkové polévky.

Po polední pauze nezačínal obvyklý pracovní blok č. 2, ale byl čas na sport. Mohla jsem si tak vyzkoušet pro mě zcela neznámou hru Kubb, která je v TKK velmi oblíbená. Po sportovní hodině následovala skupina s názvem „prevence relapsu“. Hlavní téma této skupiny bylo zaměstnání. Terapeuti rozdali všem papíry, na kterých byla vytištěna hlavička životopisů. Klienti měli za úkol si tento papír vyplnit podle pravdivých údajů + museli odpovědět na 3 otázky, které jim zadali terapeuti. První z nich byla: „jaké zaměstnání by mě bavilo a za kolik peněz ho chci dělat?“, druhá „jaké povolání dělat určitě nechci, respektive jaká práce je pro mě riziková?“ a poslední otázka se týkala toho, co musí klienti udělat proto, aby si práci našli. Na vypracování měli cca 20 minut. Potom, co se všichni opět sešli s vypracovanými úkoly, pozornost byla zaměřena především na 3 otázky a poté na vlastnosti, které klientům dělaly v životopise největší problémy. V 16:45 začínala skupina s názvem „dynamická skupina“. Dynamickou skupinu vždy vede jeden klient, který si na hodinu připraví povídání na nějaké téma. Já jsem byla přítomna povídání jedné klientky, která si jako své téma zvolila „Já a vztahy s ostatními – matkou, otcem, stejným pohlavím a partnery“. Po dovyprávění velmi silného příběhu následovaly opět reflexe od ostatních klientů, na které vypravěč nesmí reagovat. Všechny byly opět sepsány a následně předány hlavnímu aktérovi této skupiny. Po večeři následovalo od 20:15 osobní volno.

Čtvrtý den, tedy 7. 4. 2016 byl průběh celého rána naprosto identický s předchozími dny. Budíček, výpomoc u koz, snídaně, ranní komunita, na které se kromě obvyklých věcí řešila i dynamická skupiny ze včerejšího podvečera. Nově se také řešil postup z nulté do první fáze, který spočíval ve vyslovení žádosti o přestup + potvrzení o splněných funkcích, které musí klient splnit pro přestup do vyšší fáze. Následuje opět hlasování členů v komunitě. Žádosti bylo vyhověno a následovala gratulace od ostatních klientů i terapeutů. Při následujícím pracovním bloku jsem v první polovině škvařila škvarky, ve druhé jsem plela zbytek záhonů, které se nestihly dokončit v předchozích dnech. Po obědě, ve 14:30 následovala „velká komunita“. Na této komunitě museli být přítomni všichni klienti, včetně většiny terapeutů. Velká komunita probíhá jednou na 14 dní a je to pro klienty menší slavnost. Všichni se hezky obléknou a upraví. V rámci této komunity se řeší přechody z prvních do druhých a z druhých do třetích fází. Druhá a třetí fáze jsou daleko delší, než fáze 1, tudíž je jejím přestupům věnována delší a slavnostnější chvíle, než je tomu například u přechodu z nulté do první fáze. Jednalo se o dva přestupy. Jeden klient žádal o přestup do 2. fáze a jedna klientka o přestup do 3., tedy poslední fáze léčby. Oba tito klienti dostali den předem dvě otázky od terapeutů, které se zpravidla týkaly toho, co

jim dala předchozí fáze a co je čeká v té druhé. Tito dva klienti, se dneska neúčastnili běžně zavedeného programu, ale měli čas sami pro sebe, ve kterém se měli připravovat na zodpovězení těchto otázek. Klient, který žádal o přestup do 2. fáze, mohl odpovědi číst z papíru, který se sebou vzal. Klientka, která ale usilovala o přestup do poslední fáze, musela odpovídat z paměti. Po odpovědích obou klientů následovali otázky od terapeutů a ostatních klientů. Když už se nikdo na nic neptal, přišlo hlasování, které probíhalo zvedáním palce buď směrem nahoru, které znamenalo „jsem pro postup“ nebo směrem dolů, které znamenalo „jsem proti postupu“. Naprostá většina přítomných klientů a terapeutů hlasovala pro postup obou klientů, tudíž následoval obrovský potlesk a radost obou klientů, ze kterých opadl stres a strach z toho, jak to dopadne. Velká komunita pro klienty také znamená poměrně dlouhé osobní volno, jelikož po skončení velké komunity, což bylo v 15:30, mají všichni klienti volno. Právě proto se čtvrtek stal ideálním dnem pro realizaci rozhovorů s matkami. Rozhovory jsem začala v 16:00 a do 18:00 jsem stihla udělat 4 rozhovory. Poslední, pátý rozhovor jsem začala dělat po večeři, tedy kolem 19:00. Od 20:15 opět následovala chvíle na telefonování.

Pátek 8. 4. 2016, který pro mě znamenal poslední den v TKK začínal opět zcela stejně jako předchozí dny. Malá změna následovala po snídani, kdy neproběhla ranní komunita, ale komunita technická. Tu si hodinu sami řídili klienti, bez přítomnosti terapeutů. V rámci tohoto setkání se řešily mimořádné výjezdy, mimořádné hovory, velká opuštění, malá opuštění, rodičovské soboty, program na víkend atd. Kromě toho se rozdělovaly funkce klientů na další týden. Každý klient musel absolvovat pro postup do dalších fází několik funkcí, mezi které patří například funkce: kuchyň, kozák, „zvířeták“, „zdravotník“, barák, „pečivář“ či šéf. Každá funkce obsahovala konkrétní úkoly, které musel klient plnit a nesl za ně plnou zodpovědnost. Na posledních 15 minut dorazil terapeut, kterému bylo přečteno vše, co komunita doposud řešila. V momentě, kdy se mu něco nezdálo nebo nelíbilo, se s komunitou domluvil na jiném řešení. Následující pracovní blok jsem strávila ještě s několika klienty na pozemku, kousek od TKK, kde jsme shrabávali suchou trávu a nakládali ji do vozu, ze kterého jsme ji následně vykládali a pálili. Po obědě, který končil cca v 13:20, následovala od 14:00 otevřená komunita, na které mohl každý řešit, co potřeboval. Jako první se o slovo přihlásila klientka – matka, která začala hovořit o tom, že chce z komunity odejít. Rozpovídala se o tom, jak to v komunitě těžko zvládá, nic ji nebaví, myšlenkami je stále venku, ale ví, že když odejde, tak je to špatně. Klientka své vyprávění prožívala velmi emotivně, neubránila se slzám. Bylo vidět, že by svého odchodu určitě litovala, ale že neví, jak to tady zvládne, že je

v TKK hrozně na sílu a přemýšlí o tom už delší dobu. Na její projev reagovali jak klienti, tak terapeuti. Všechny zpětné vazby byly hodně upřímné a rozhodně v žádné nezazněl jakýkoli náznak politování. Reflexe, které klientka dostala, se týkaly především reality, která ji venku čeká, přičemž to není realita, jakou ona očekává. Ke konci této skupiny bylo vidět, že klientka není již tak plně rozhodnutá proto odejít, ale spíše na svůj problém začala názírat z jiného úhlu pohledu. Ve zbývajícím čase jsem dostala slovo i já. Dostala jsem tak možnost vyjádřit se k celým pěti dnům, které jsem v komunitě mohla strávit. Dostalo se mi i několik pozitivních zpětných vazeb. Kolem 16:00 jsem si sbalila věci, uklidila jsem pokoj a šla jsem se rozloučit s klienty. Z TKK jsem odjížděla v 17:00.

### 9.3 Průběh rozhovorů

Rozhovory probíhaly v Terapeutické komunitě Karlov s klientkami – matkami s dětmi, které se zde léčí ze své drogové závislosti. Původně mělo proběhnout šest rozhovorů, ale vzhledem k náhlé události, kterou byl odjezd jedné z matek do nemocnice se svým dítětem, se výzkumu mohlo účastnit pouze 5 matek. Čtyři z pěti rozhovorů probíhaly v odpoledních hodinách a konaly se venku na terase, nedaleko dětského hřiště, kde si děti klientek hrály. Poslední rozhovor probíhal ve večerních hodinách v pokoji klientky, jelikož jsme musely rozhovory venku přerušit z důvodu společné večeře.

Po předání informací ohledně osobních údajů a práv klientky jsme přešly ihned k rozhovorům. Při rozhovoru jsem měla k dispozici dva vytištěné záznamové archy s tazatelskými otázkami, přičemž jeden sloužil mě, pro záznam poznámek a druhý arch jsem poskytla klientkám proto, aby měly otázky před sebou a mohly se tak v rozhovoru lépe orientovat. Kromě záznamového archu jsem u sebe měla svůj osobní mobilní telefon, který mi sloužil jako nahrávací zařízení. Rozhovory byly nahrávány z důvodu přepisu do diplomové práce a zároveň pro přesné zaznamenání informací, které budou sloužit k vyhodnocení výzkumu.

Samotný rozhovor trval průměrně 17 minut, přičemž byl celou dobu zaznamenáván na nahrávací zařízení. Do záznamového archu jsem během žádného rozhovoru nezaznamenala nic, co by pro mě bylo nějakým způsobem zajímavé či podstatné. Záznamový arch pro klientky byl využíván podstatně více. Během interview do něho několikrát nahlédly a pomohl jim i ve snadnější orientaci během rozhovoru. Převážná většina rozhovorů probíhala venku v blízkosti dětského hřiště, kde si hrálo 6 dětí, tudíž jsme na výzkum neměli takový klid, který by dle mého názoru byl třeba. Několikrát se

stalo, že dítě přišlo za matkou a dožadovalo se pozornosti, což zcela přirozeně matku vytrhlo z průběhu rozhovoru. Ne zřídka jsem měla obavu z toho, že v nahrávacím zařízení nebude rozhovor dobře slyšet, kvůli hluku, který přicházel z dětského hřiště. S těmito problémy jsem se setkala i při posledním rozhovoru, který probíhal na pokoji s klientkou. V pokoji bylo přítomno i téměř dvouleté dítě, které nám dávalo poměrně jasně najevo, že ho nějaký rozhovor absolutně nezajímá. Kromě těchto těžkostí probíhaly všechny rozhovory zcela bezproblémově. Klientky byly neskutečně ochotné a vstřícné. I přesto, že na některých z nich bylo vidět, že se jim o daném tématu nemluví snadno, žádná z nich rozhovor předčasně neukončila. V průběhu rozhovorů jsem se s klientkami několikrát zapovídala i na trochu jiné téma, které ale s problematikou návykových látek v těhotenství stále souvisí. Po ukončení rozhovoru jsem každé klientce poděkovala za její čas, ochotu a chuť zúčastnit se tohoto výzkumu.

## **10 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU**

Během prvního dubnového týdnu v roce 2016 bylo uskutečněno 5 rozhovorů s klientkami – matkami s dětmi, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov, nacházející se ve Smetanově Lhotě. Respondentky byly ve věku 23 – 32 let, jejich průměrný věk je tedy 26, 6 let. Všechny respondentky mají českou národnost.

Pro lepší orientaci a přehlednost shrnuje popis výzkumného vzorku tabulka č. 2 a tabulka č. 3 níže.

### **10.1 Drogová závislost**

Pouze dvě respondentky nekombinují svou závislost na pervitinu s jinými návykovými látkami. Ostatní tři klientky, které jsou na pervitinu také závislé, přidaly k užívané látce i léky (2), opiáty (1), alkohol (1) a marihuanu (1). Kromě závislosti na omamných látkách jedna z respondentek přiznala závislost na hracích automatech. Průměrná doba užívání drog je u odpovídajících matek 9 let, přičemž nejdelší doba užívání byla zaznamenána 15 let a nejkratší 4 roky.

Pro snadnější orientaci je drogová závislost respondentek zobrazena v tabulce č. 2: Popis výzkumného vzorku I.

### **10.2 Léčebný program**

Dvě z pěti respondentek se účastní svého prvního léčebného programu. Tři klientky se již v minulosti léčby účastnily. Jedna z nich docházela ambulantně do denního stacionáře v délce pěti měsíců, přičemž léčbu předčasně ukončila. Druhá se léčila v psychiatrické léčebně v Kroměříži, odkud také předčasně odešla a celou léčbu tedy nedokončila. Třetí respondentka svou první léčbu v psychiatrické léčebně řádně ukončila. Všechny se léčily s diagnózou závislosti na pervitinu.

Všechny respondentky podstupují léčbu v terapeutické komunitě poprvé, většina věcí je pro ně tudíž zcela nová. Průměrně strávená doba v TK Karlov je u odpovídajících 4, 2 měsíce.

Pro snadnější orientaci jsou léčebné programy respondentek zobrazeny v tabulce č. 2: Popis výzkumného vzorku I.

### 10.3 Vzdělání

Tři z pěti respondentek mají dosažené základní vzdělání. Vzhledem k počátku jejich drogové kariéry nedokázaly dokončit střední stupeň vzdělání. Dvě z respondentek mají ukončené střední vzdělání. 1 z nich má ukončené střední odborné učiliště s výučním listem – obor kadeřnice. Druhá z nich má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou – obou fotograf.

Pro snadnější orientaci je vzdělání respondentek zobrazeno v tabulce č. 3: Popis výzkumného vzorku II.

### 10.4 Děti

Dvě respondentky z pěti mají více než jednoho potomka. Jedna z respondentek má tři děti, přičemž ve vlastní péči má dvě děti. Nejstarší z nich (8 let) má v péči její matka. I přesto je s ním neustále v kontaktu a vztah s ním si snaží udržovat. Klientka, která má dvě děti, má ve vlastní péči jen jedno. Druhé dítě dala ihned po porodu k adopci. Ostatní tři respondentky mají každá jedno dítě ve vlastní péči. Všechny matky mají stanoven dohled nad výchovou od OSPODu.

Pro snadnější orientaci je počet dětí respondentek zobrazen v tabulce č. 3: Popis výzkumného vzorku II.

### 10.5 Rodinný stav

Všechny respondentky jsou svobodné. Čtyři z nich mají stálého partnera, který je otcem jejich dětí. Pouze u jedné z nich lze o partnerovi hovořit jako o bývalém uživateli drog. U ostatních tří respondentek není zcela jasné, zda jejich partner v současné době abstínuje a drogy nebere.

Jedna z respondentek se seznámila se svým partnerem v rámci léčebného programu. Ostatní čtyři respondentky se s partnery seznámily v průběhu své drogové kariéry a pouze jedna z nich si našla partnera, který nebyl uživatelem drog.

Pro snadnější orientaci je rodinný stav respondentek zobrazen v tabulce č. 3: Popis výzkumného vzorku II.



## 10.6 Ekonomická aktivita

Čtyři z pěti respondentek nejsou ekonomicky aktivní a kromě mateřské dovolené pobírají i přídavky na děti (1), hmotnou nouzi (2), příspěvek na bydlení (1), příspěvek na živobytí (2). Pouze jedna klientka čerpá nemocenské pojištění, protože jako jediná z respondentek před nástupem na léčbu řádně pracovala a platila si zdravotní a sociální pojištění.

Pro snadnější orientaci je ekonomická aktivita respondentek zobrazena v tabulce č. 3: Popis výzkumného vzorku II.

Tabulka č. 2: Popis výzkumného vzorku I

<b>R</b>	<b>Věk</b>	<b>Užívané drogy</b>	<b>Doba užívání</b>	<b>Léčebný program</b>	<b>Doba v TKK (měsíce)</b>
<b>R 1</b>	30	Pervitin, opiáty, léky	15 let	1 (právě probíhá)	6
<b>R 2</b>	23	Pervitin	6 let	2 (1 nedokončen)	Necelé 2
<b>R 3</b>	24	Pervitin	4 roky	2 (1 nedokončen)	Přes 8
<b>R 4</b>	32	Pervitin, alkohol, léky	10 let	2 (1 ukončen řádně)	2
<b>R 5</b>	24	Pervitin, marihuana, automaty	10 let	1 (právě probíhá)	Začátek 3.

Tabulka č. 3: Popis výzkumného vzorku II

<b>R</b>	<b>Děti</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Ekonomická aktivita</b>
<b>R 1</b>	3	Základní	Svobodná	MD, přídavky na děti, hmotná nouze, příspěvek na bydlení
<b>R 2</b>	1	Základní	Svobodná	MD
<b>R 3</b>	1	Střední odborné zakončené výučním listem	Svobodná	MD, hmotná nouze, příspěvek na živobytí,
<b>R 4</b>	1	Střední s maturitou	Svobodná	Nemocenské pojištění
<b>R 5</b>	2	Základní	Svobodná	MD, příspěvek na živobytí, příspěvek na bydlení

## 11 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V praktické části diplomové práce bylo zrealizováno pět rozhovorů se závislými matkami, které se ze své závislosti na návykových látkách léčí v Terapeutické komunitě Karlov, nacházející se ve Smetanově Lhotě. Hlavním výzkumným cílem bylo zmapovat, jak se změnil postoj drogově závislé ženy ke svému životu a návykovým látkám při zjištění těhotenství a po porodu. Níže jsou uvedeny tři dílčí výzkumné cíle, díky nimž se postupně propracujeme k cíli hlavnímu. Ke každému dílčímu cíli jsou uvedeny tazatelské otázky, které slouží k získání potřebných dat od respondentek. Pod každou tazatelskou otázkou je uveden komentář, který shrnuje různorodé odpovědi od klientek a současně tak vyhodnocuje každou tazatelskou otázku zvlášť.

### 11.1 Dílčí výzkumný cíl 1

První dílčí výzkumný cíl, je zaměřen na přístup drogově závislé matky ke svému dosavadnímu způsobu života a návykovým látkám v momentu, kdy zjistila, že je těhotná. Pomocí tazatelských otázek budu zjišťovat, co pro drogově závislou ženu těhotenství znamená a jak celé toto období prožívala.

#### **Tazatelská otázka č. 1: Plánovala jste své těhotenství?**

**Př.:** „*První těhotenství jsem neplánovala, bylo to nečekaný, ani jsem nevěděla, že jsem těhotná. Bylo to období, kdy jsem byla na ulici, fetovala jsem a zažívala jsem ty nejhorší stavy. Druhé dítě jsem plánovala, ale nemohla jsem otěhotnět a hodně jsem si to dávala za vinu, že je to téma drogami, hlavně tím perníkem, ale i opiem no.... Třetí těhotenství jsem teda neplánovala vůbec.*“

Pouze u jedné z respondentek zazněla různorodá odpověď na plánovanost těhotenství. Vzhledem k jejímu způsobu života v době, kdy otěhotněla poprvé, není překvapením, že těhotenství neplánovala a dozvěděla se o něm až po delší době. V momentě, kdy si našla partnera, který nebyl uživatelem drog, otěhotněla podruhé, tentokrát již plánovaně. Při plánovaném těhotenství nemohla respondentka dlouhou dobu otěhotnět, z čehož vinila svůj dosavadní způsob života. Její třetí těhotenství nebylo vůbec plánované. Věděla, že má

vážné zdravotní problémy, které ji neumožňují užívat antikoncepci, tudíž si dávala pozor, ale i přesto otěhotněla.

**Př.:** „*Jo, já ho plánovala, ne nějak dlouho, ale plánovala jsem ho.*“

Jen jedna respondentka odpověděla na tuto otázku kladně. Jako jediná ze všech respondentek své těhotenství od začátku plánovala. Přiznala, že dítě neplánovala příliš dlouhou dobu, ale několik týdnů o dítěti uvažovala.

**Př.:** „*Ne, ani jedno těhotenství jsem neplánovala*“

Převážná většina respondentek své těhotenství vůbec neplánovala. Přičemž většina z nich se o svém těhotenství dozvěděla během prvního trimestru. Pro každou z respondentek to bylo poměrné veliké překvapení, se kterým vůbec nepočítaly a nepřipouštěly si, že by mohly otěhotnět.

## **Tazatelská otázka č. 2: Tajila jste své těhotenství?**

**Př.:** „*Ne, všichni věděli, že jsem těhotná, že čekám dítě.*“

**Př.:** „*Netajila, hned jsem to vypsala na facebook.*“

Naprostá většina respondentek své těhotenství před svým okolím netajila. Spíše naopak. Většina uváděla, že o svém těhotenství své blízké a známé informovala téměř ihned poté, co se dozvěděly, že jsou těhotné a ani je nenapadl důvod k utajování.

**Př.:** „*U prvního dítěte jsem to tajila asi do 5. měsíce, ale věděla jsem, že si budu malou nechávat ... mámě jsem to právě řekla až v 5. měsíci, aby mě nedokopala k potratu.... A druhý těhotenství jsem tajila až do devátého měsíce no.*“

Pouze jedna respondentka tajila před okolím své obě těhotenství. První těhotenství tajila před svou matkou ze strachu, že ji donutí jít na interrupci. Proto ji o tom, že je těhotná informovala až v pátém měsíci těhotenství, kdy je potrat z lékařského hlediska již nemožný. Druhé těhotenství tajila před matkou až do devátého měsíce, jelikož otěhotněla téměř ihned po porodu prvního dítěte.

## **Tazatelská otázka č. 3: Uvažovala jste o adopci nebo interrupci?**

**Př.:** „*O potratu jsem uvažovala u třetího dítěte. V 5. měsíci jsem šla ale na kontrolu, a jakmile jsem se dozvěděla, že je to vysněná holka, tak jsem měla jasno, že na potrat nepůjdu, že si ji nevezmu a nechám si ji, když jsem si ji původně vůbec nechat nechtěla.*“

**Př.:** „*To druhý těhotenství jsem tajila tak dlouho, protože jsem věděla, že ji chci dát rovnou k adopci a máma by o tom vlastně vůbec nevěděla, úplně jsem ji z toho chtěla vynechat. Já jsem v podstatě věděla, že jsem těhotná, poznala jsem to na sobě, ale nevím, proč jsem nešla na potrat, bylo by to pro mě stokrát lepší a snazší, než tohle. A ta adopce byla jasná hned od začátku, to jsem si řekla, že ji k ní dám hned.*“

U dvou respondentek jsem se setkala s odpovědí, která vypovídala o tom, že uvažovaly o interrupci nebo adopci. Jedna z nich byla až do lékařské prohlídky, která proběhl v pátém měsíci jejího těhotenství, plně rozhodnuta, že podstoupí interrupci. V momentě, kdy se ale dozvěděla, že čeká dceru, kterou si po dvou synech moc přála, změnila názor a prohlásila, že si dítě nechá. Druhá z těchto dvou respondentek věděla ihned při druhém otěhotnění, že své dítě dá k adopci. Současně se ale zamyslela nad tím, proč raději nešla na interrupci, která by pro ni, podle jejích slov, byla daleko snazší a rychlejší.

**Př.:** „*Ne, ani chvilku jsem na něco takovýho nepomyslela.*“

**Př.:** „*Vzhledem k tomu, že jsem dítě plánovala, jsem ani o tom, že ho dám k adopci nebo že půjdu na potrat, nepřemýšlela.*“

Většina odpovědí od respondentek však vypovídala o tom, že ani o interrupci ani o adopci nepřemýšlely. Vzhledem k tomu, že se u nich jednalo o plánované těhotenství, otázky, které se těchto dvou možností týkaly, je nenapadly.

#### **Tazatelská otázka č. 4: Co pro vás znamenalo těhotenství?**

**Př.:** „*Znamenalo to pro mě hodně, přestala jsem vlastně úplně brát, takže jsem byla celejch devět měsíců čistá. Měla jsem radost, prožívala jsem to. Vždycky, když jsem malého necítila, tak jsem šla do vany, protože tam se vždycky probral.*“

**Př.:** „*Měla jsem radost. Aspoň ze začátku určitě, protože jsem byla čistá.*“

**Př.:** „*S první malou ... ta mě vytáhla úplně z největších straček všechno bylo dobrý, to byla paráda. To jsem to i dost omezovala, věděla jsem, že nemůžu tolik brát a tak ...*“

Pro více než polovinu respondentek představovalo těhotenství pocit štěstí a radosti. Toto období si užívaly. Zajímavé bylo zjištění, že respondentky často zažívaly pocit spokojenosti především proto, že v době těhotenství drogy nebraly a byly tzv. „čisté“. Skutečnost, že respondentka čeká dítě, ji zpravidla vedla k úplné abstinenci.

**Př.:** „*První strach, nejistota a postupně jsem se na to těšila, byla jsem spokojená.*“

Pouze jedna respondentka zmínila, že v momentě, kdy zjistila, že je těhotná zmocnil se jí pocit strachu a obavy z toho, jak se bude její situace vyvíjet dále. S postupem času byly tyto emoce zahnány kladnými pocity, kterým dominovala spokojenost.

**Př.:** „*...No a s druhou malou to šlo všechno do sraček, žejo. To jsem věděla, že mam to nejhorší před sebou, což je ta adopce a do dneška to nemůžu ustát. Bylo to pro mě dost těžký, jakmile jsme prostě zjistila, že jsem podruhé těhotná, tak sem šla úplně do kolen.*“

V rámci získaných odpovědí jsem se setkala pouze s jednou zcela negativní reakcí na tuto otázku. Ve chvíli, kdy respondentka zjistila, že je podruhé neplánovaně těhotná, věděla, že bude dávat dítě k adopci, což u ní vyvolalo pocity bezmoci a smutku. Celé těhotenství této respondentky se neslo ve velkém stresu, který pramenil z neočekávané situace, která má ale pro respondentku jasný konec.

#### **Tazatelská otázka č. 5: Jaký jste měla průběh těhotenství?**

**Př.:** „*...S každým dítětem to bylo úplně jiný... Při prvním těhotenství jsem byla fakt šťastná a všechno bylo v pohodě a vlastně i druhý těhotenství bylo docela v klidu....S Julinou to bylo nejhorší těhotenství...první 4 měsíce byly fakt hrozný od rána do večera. Každý den jsem skoro celej prozracela a byla jsem hrozně unavená.*“

**Př.:** „*Prvních 5 měsíců bylo v pohodě. To bylo všechno v pohodě, to jsme nebrali nic. Ale bylo mi teda hrozně špatně. Vždycky mi bylo hrozně blbě a na zvracení. Kolikrát jsem se potom pohlila.*“

Špatný a nepříjemný průběh těhotenství popsaly dvě respondentky. Jedna z nich prožívala nejhuře své zatím poslední – třetí těhotenství, které neplánovala. Respondentka nečekaně otěhotněla v době, kdy drogy stále aktivně užívala. Při tomto těhotenství pro ni byly nejhorší první 4 měsíce, při kterých zažívala z velké části především únavu a žaludeční nevolnost. Druhá z respondentek, která se setkala s nepříjemným průběhem svého těhotenství popisuje stejně jako předchozí respondentka, žaludeční nevolnost, která pro ni

byla naprosto vyčerpávající. U této respondentky nastaly komplikace až po 5. měsíci, kdy se opět vrátila k užívání pervitinu. Dalo by se tedy říci, že obě respondentky zažívaly žaludeční nevolnosti a pocity vyčerpanosti či únavy právě proto, že v těhotenství užívaly návykové látky.

**Př.:** „*Průběh byl klidný, až teda v šestém měsíci jsem měla zvýšené jaterní a ledvinové testy, takže jsem rodila o měsíc dřív, protože jsem začala mít nějaký komplikace.*“

**Př.:** „*Průběh byl dobrej, žádný komplikace nic.*“

Zbytek respondentek zažíval klidný průběh těhotenství. Jedinou komplikací byly špatné jaterní a ledvinové testy jedné z respondentek, která kvůli tomu musela předčasně родit již v osmém měsíci. Jinak ale z odpovědí respondentek vyplynulo, že průběh těhotenství nebyl nijak rizikový a zároveň ani nebyl doprovázen žádnými nepříjemnými stavy.

#### **Tazatelská otázka č. 6: Jaké jste prožívala pocity během svého těhotenství?**

**Př.:** „*Měla jsem krásné pocity, jak se to začalo hýbat, tak jsem to najednou prožívala úplně jinak. Fakt to bylo krásný.*“

V naprosté menšině jsem dostala odpověď, která vypovídá o krásném a spokojeném těhotenství. Pouze jedna respondentka odpověděla, že během těhotenství prožívala pouze kladné a pozitivní emoce.

**Př.:** „*Bylo to všechno v pohodě, cejtla jsem se šťastná. Ale jakmile jsme si pak začali dávat, tak jsem měla hrozný výčitky svědomí ... strašně jsem si vyčítala, že mu jako hrozně ubližuju, to bylo pro mě hrozný.*“

Zhruba polovina respondentek zažívala kromě kladných emocí i emoce negativní. Záporné pocity vyvěraly u respondentek napovrch např. po užití návykových látek, které v matce probudily obrovské výčitky svědomí, po nichž zažívala poměrně velikou nelibost k sobě samé. K dalším negativním pocitům během těhotenství patřil především strach a nejistota z toho, zda danou situaci matka zvládne ať již sama nebo s partnerem.

**Př.:** „*Bylo toho na mě fakt hrozně moc... protože první dítě mělo tři roky, partner chodil do práce a já jsem tam byla sama, byla jsem nervózní, nic mě nebavilo...u třetího dítěte jsem byla úplně nešťastná, myslela jsem, že to nezvládnu.*“

Rize negativní prožívala pouze jedna respondentka. Při všech svých těhotenstvích byla nervózní, podceňovala se a svou situaci vnímala jako nezvladatelnou. Nejhůře prožívala poslední těhotenství, při kterém se cítila zcela nešťastně.

**Tazatelská otázka č. 7: Co Vás vedlo ke snižování nebo zvyšování dávek drogy v průběhu těhotenství?**

**Př.:** „*Jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná, jsem přestala pít, kouřit i brát. Nechtěla jsem dítěti ublížovat ... nevím, přišlo to tak nějak samo, ani jsem o tom nemusela přemýšlet.*“

**Př.:** „*Byla jsem po léčbě, takže jsem otěhotněla a neměla jsem potřebu brát.*“

Menší množství respondentek během těhotenství zvládlo svou závislost na návykových látkách a dokázaly tak po dobu těhotenství drogy neužívat vůbec. Pouze jedna ale uvedla jako hlavní motivaci k abstinenci své dítě, kterému nechtěla drogami ublížit. Další motivací k abstinenci v těhotenství byla řádně ukončená léčba, po které respondentka velmi brzy otěhotněla.

**Př.:** „*...do 5. měsíce jsem byla čistá...no a po tom se to začínalo horšit, protože jsme si jednou za měsíc dávali, ale poslední dva měsíce zase častěji, takže jsme začali zase brát a nevydrželi jsme to. A začala jsem vlastně znova brát kuli sexu, protože s tím je prostě lepší sex.*“

Během interview jsem se také několikrát setkala s odpověďmi, ze kterých vyplývalo, že prvních pár měsíců těhotenství klientky vydržely drogy neužívat, ale vždy přišel nějaký podnět, který je k užívání opět vyprovokoval. Pro jednu respondentku byl tímto podnětem lepší sex s partnerem. Častějším podnětem byla ale nervozita, nezvládnutá situace či stres. Opačný scénář, kdy klientka v počátcích svého těhotenství drogy běžně užívala a přestala až v posledních dvou měsících, nastal jen jednou.

**Př.:** „*... jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná podruhé, a že malou budu muset dát pryč, tak mě to úplně rozbilo a začala jsem brát víc, prostě jsem se potřebovala dostat nějak pryč z té reality, která byla úplně na hovno.*“

**Př.:** „*...proto jsem nepřestala brát, pak to šlo totiž všechno samo, všechno jsem zvládala. Všechno s nima šlo najednou líp. Říkala jsem si, že přestanu třeba měsíc před porodem, ale nešlo to, bylo to prostě nějaký silnější než já.*“



Pouze jedna respondentka si v průběhu svého těhotenství dávala větší množství drog, než obvykle. Zvýšené dávky drog jí pomáhaly unikat z reálného života, ve kterém řešila náročné rozhodnutí, kterým byla adopce dítěte. Ostatní respondentky, které v těhotenství návykové látky užívaly, množství neměnily.

**Tazatelská otázka č. 8: Jakým způsobem jste si drogu dávala?**

**Př.:** „*Od začátku, od prvního užití, jsem brala jenom nitrožilně.*“

**Př.:** „*Nitrožilně, občas sem teda jela nosem, aby to nešlo přímo, ale s druhou malou jsem už jela jenom nitrožilně.*“

Všechny respondentky, které během těhotenství užívaly návykové látky, si drogu aplikovaly nitrožilně. Nitrožilní užívání bylo zdůvodněno návykem, se kterým se pojí počátek drogové závislosti respondentek. Pouze jedna respondentka během svého prvního těhotenství střídala nitrožilní aplikaci drog se šňupáním. Přesto ale nitrožilní způsob užívání nadále převyšoval. Zbytek respondentek, které v těhotenství omamné látky neužívaly, na tuto otázku neodpovídal.

**Tazatelská otázka č. 9: Účastnila jste se během svého těhotenství substituční léčby?**

**Př.:** „*Neúčastnila jsem se, nechodila jsem tam, ale spáček nebo něco jinýho jsem si kupovala od lidí, který tam chodili.*“

Vzhledem k tomu, že naprostá většina respondentek netrpí závislostí na opiátech, substituční léčby se ani zúčastnit nemohla. Pouze jedna respondentka, která má závislost na opiátech diagnostikovanou, uvedla, že se léčby neúčastnila, ale např. subutex si kupovala na černém trhu od osob, které do substituční léčby pravidelně dochází.

**Tazatelská otázka č. 10: Jak reagovalo okolí na Vaše těhotenství?**

**Př.:** „*Všichni byli šťastný, těšili se. Je to tátův i mámin jediný vnuk. Táta má 3 dcery, mě a ségry, takže měli radost, že budou babička a děda.*“

**Př.:** „*No oni nevěděli, že beru, takže samý kladný ohlasy. Měli radost. A to že beru, zjistili vlastně až při porodu, když jsem vlastně byla pozitivní. Pak to byl průser no.*“

S kladnými reakcemi a podporou se během svého těhotenství setkala převážná většina respondentek. U dvou z nich ale sehrálo velkou roli to, že rodina a nejbližší okolí

respondentek neměli tušení o jejich závislostech na návykových látkách. V momentě, kdy v porodnici měla jedna z respondentek kladné testy na drogy, její okolí na danou situaci tak pozitivně již nenahlíželo.

**Př.:** „*Všichni o tom věděli, ale spíš dělali, že to neviděj. Mamka nechtěla vidět to, v jakým jsem stavu a že jsem těhotná. Když jsem čekala Tomáše, tak mi řekla, že za ní je to špatně a že bych měla jít na potrat, že se jí to nelíbí. A když jsem otěhotněla v zápětí s Julinou, tak mi řekli, že jsem jak bílá cikánka, že je to hrozný. Že se nedokážu postarat o dvě děti a ještě si nechám udělat třetí.*“

**Př.:** „*Když jsem byla teda v tom devátém měsíci, tak mě máma vlastně nutila, abych ji dala k adopci. Z toho důvodu, že beru, že ta holka nedopadne dobře a že bude chudák.*“

Pouze negativní ohlasy sklidily od svého nejbližšího okolí dvě respondentky. U obou respondentek okolí vědělo, že jsou závislé na návykových látkách, což sehrálo velkou roli v jejich pohledu na věc. Obě respondentky uvedly jako své okolí jejich matky, které byly zásadně proti jejich těhotenství a v jednom případě matka respondentce doporučovala interrupci, ve druhém pak adopci. Ani jedna respondentka se radami svých matek neřídila.

## 11.2 Dílčí výzkumný cíl 2

Druhý dílčí výzkumný cíl, je oproti prvnímu zaměřen na postoj drogově závislé matky ke svému dosavadnímu způsobu života a návykovým látkám v období během a po porodu dítěte. Pomocí tazatelských otázek budu zjišťovat, co pro drogově závislou matku znamená mateřství a jak celé toto období prožívala.

### Tazatelská otázka č. 11: Jaký jste měla průběh porodu?

**Př.:** „*Všechny porody jsem měla císařem ... měla jsem obrovský strach z toho, jaká je to bolest obrovská, měla jsem strach, že to nezvládnou, takže jsem si z porodu vypěstovala panickou hrůzu, takže to nešlo. U prvního porodu s Michalem byl vlastně obrovský problém. Během porodu mu najednou přestalo bít srdíčko a nastal hroznej fofr...všechny děti jsem odrodila pod vlivem“*

**Př.:** „*Klasický porod. Pro mě osobně probíhal těžce. Těžce jsem ho nesla. Zvládla jsem to, ale bylo to pro mě náročný, ta bolest a tohlencto. Bylo to pro mě náročný psychicky. Sice*

*jako porod byl ukázkovej, všichni říkali, že to bylo dobrý a rychlý, že jsem dceru porodila na dvě zatlačení, ale já sama pro sebe jsem to těžce prožívala. “*

*Př.: „...s druhou malou to bylo hodně špatný, protože jsem tam přijela po 4 dnech, co jsem nespala, do toho mi přerostla placenta, takže jsem ztratila spoustu krve na sále a hned po porodu jsem měla nějakou operaci. “*

Většina respondentek považovala svůj porod za bolestivý, náročný a vyčerpávající. Pouze minimum z nich mělo porod bez komplikací. Mezi komplikace, se kterými se respondentky během porodu setkaly, patřily například: zástava srdce dítěte, přerostlá placenta či selhávání matky. Pouze jedna z respondentek rodila císařským řezem, ostatní respondentky měly přirozený porod. Ve dvou případech jsem u respondentek zaznamenala porod pod vlivem drog. Pouze jedna respondentka hodnotí svůj porod jako bezproblémový a rychlý. Podle jejích slov tomu pravděpodobně pomohla aplikace drogy cca dva dny před samotným porodem.

#### **Tazatelská otázka č. 12: Byl vašemu dítěti diagnostikovaný abstinенční syndrom?**

*Př.: „Nebyl. Fakt jsem brala hodně malé dávky, takže nebyl diagnostikovanej. “*

*Př.: „U první malý nebyl a o tý druhý já vlastně vůbec nic nevím. “*

U naprosté většiny dětí respondentek nebyl diagnostikován neonatální abstinенční syndrom. U mnohých z nich to bylo díky tomu, že během těhotenství návykové látky vůbec nebraly. Jedna respondentka uvedla, že její dítě nemělo abstinенční syndrom kvůli tomu, že pokaždé brala velmi malé dávky drogy. Vzhledem k tomu, že bylo jedné respondentce dítě odebráno ihned po porodu, není jasné, zda neonatálním abstinенčním syndromem trpělo či nikoli.

*Př.: „U Tomáše mi to nedocházelo, že to jsou nějaký abstinенční příznaky. To bylo něco hroznýho. On dvacet hodin brečel a 4 hodiny spal. Já jsem z toho byla nešťastná. A to bylo furt. Nejedl, nepřibíral, pak nám ještě zjistili, že má něco se štítnou žlázou a že je alergickéj na mlíko a že je to kuli těm drogám no. “*

Pouze jedna respondentka uvedla, že byl jejímu druhému dítěti neonatální abstinенční syndrom diagnostikován. Jelikož svou závislost dokázala před okolím poměrně úspěšně skrývat, z porodnice ji pustili domů bez jakéhokoli podezření. Až doma se respondentka setkala s neustálým brekem, odmítáním stravy, nespavostí a dalšími typickými příznaky

abstinenčního syndromu. Na základě naprosté vyčerpanosti šla k lékaři, který neonatální abstinenční syndrom potvrdil. Kromě toho byla dítěti zjištěna alergie na mléko a špatná funkce štítné žlázy.

**Tazatelská otázka č. 13: Jak jste přistupovala k drogám po narození Vašeho dítěte?**

**Př.:** „Vrátila jsem se k tomu hned, ale rozhodně jsem si nijak nepřindávala. Věděla jsem, že mam doma malý dítě a že ho musím pohlídat a postarat se. Jako oproti tomu, jak jsem brala, když jsem malou ještě neměla...to se nedá srovnávat vůbec.“

**Př.:** „...Já jsem se k drogám vrátila hned, okamžitě. Jakmile jsem odešla z porodnice, tak jsem si šlehla. Tam to mělo hodně rychle spád.“

Menší část respondentek se k látkám, na kterých měly vybudovanou závislost, vrátila po odchodu z porodnice ihned. Jednalo se o respondentky, které užívaly drogy i během těhotenství a nedokázaly si tudíž návykovou látku nedopřát ani po narození svého dítěte. Jedna z těchto respondentek zároveň ale uvedla, že si po narození snižovala dávky drog, jelikož v sobě měla poměrně silný pocit zodpovědnosti vůči novorozenci.

**Př.:** „Po narození jsem kojila, takže do 13. Měsíců jsem byla čistá a potom jsem k tomu zase spadla no. Začalo to pitím, pak jsem začala kouřit, pak nose a nakonec to pak stejně skončilo u nitrožilního užívání.“

**Př.:** „K drogám jsem se právě nevrátila hned, to jsem začala chodit na ambulantní léčbu, abychom malýho dostali zpátky. Takže jsme poprvý vydrželi dva a půl měsíce čistý, podruhý měsíc a pak jsme to posrali, přerušilo se to a museli jsme začít od znova.“

Zbývá část respondentek se vrátila k užívání omamných látek až po několika měsících či letech po narození dítěte. Většina těchto respondentek v době svého těhotenství drogy neužívala, tudíž pro ni nebyl až takový problém abstinovat. K abstinenci jedné z respondentek například pomohlo i kojení dítěte, kdy v období kojení brát drogy, připadalo respondentce naprosto nepřípustné. Další respondentu motivovalo k abstinenci odebrání dítěte v porodnici, ve které přišli na to, že je uživatelkou drog. Proto, aby získala své dítě zpět, musela podstoupit ambulantní léčbu, která ji alespoň na několik měsíců pomáhala se zvládnutím závislosti.

**Tazatelská otázka č. 14: Co se dělo s Vámi a vaším dítětem v prvním roce života dítěte?**

**Př.:** „Do prvního roku, to šlapalo, to jsem byla čistá. Pak se tam objevili prostě problémy. Na mě toho bylo prostě moc. Placení nájmu a všechno jsem musela zařizovat sama...”

Dvě respondentky uvedly, že do prvního roku života jejich dítěte bylo všechno v pořádku. Všechno jim vycházelo podle plánu, žádný komplikace nenastaly. Během prvního roku života dítěte přestaly zcela užívat drogy. Jedinou přiznanou drogou jedné respondentky byly cigarety.

**Př.:** „Po porodu mi ho teda vzali do kojenečku. A byl tam vlastně rok. My jsme s partnerem mezitím chodili na tu ambulantní léčbu no a přítele mezi tím zavřeli za krádeže...”

Pouze jedna respondentka se během prvního roku života svého dítěte účastnila léčby. Po porodu, při kterém měla respondentka pozitivní testy na drogy, ji novorozence ihned odebrali a následně umístili do kojeneckého ústavu. Jako jedna z mála respondentek se také zmiňuje o svém partnerovi – otci dítěte, kterého v prvním roce života dítěte zavřeli do vězení za krádeže.

**Př.:** „Já jsem k malý vlastně nejdřív vůbec neměla vztah, protože to tam bylo nějaký hodně divoký skrz jeho otce, do kterýho jsem byla hodně zamilovaná. Bylo tam i nějaký násilí, agresivita, různé hádky a pak jsem ho jednou přistihla, jak si dal před ní, za to bych si teď dala normálně přes držku no. A tohle mi od něj docela dost pomohlo se oddálit.”

Respondentky, které během prvního roku života dítěte drogy nadále pravidelně užívaly, popisují toto období jako velmi obtížné. Často se jednalo o období, ve kterém běžně zažívaly domácí násilí, které na nich páchal otec dítěte, dále pak stres, ale i výčitky svědomí a strach z vlastního selhání. Během prvního roku života dítěte se jedné respondentce podařilo od násilnického partnera odejít.

#### **Tazatelská otázka č. 15: Co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupila léčbu v TKK?**

**Př.:** „Největší motivace pro mě byla samozřejmě malá, já si to bez ní prostě nedokážu představit. Já měla dohled od sociálky, ale bylo to z toho důvodu, že jsem měla agresivního partnera a třeba tak dvakrát třikrát tejdne jezdili policajti domu a bylo nám řečeno, že ještě jednou nás navštívěj, tak nám malou seberou. A vlastně jsem chodila k psychologce...a tam jsme se domluvily na tom, že by bylo dobrý se jít někam léčit. A skrz malou, skrz trestnou činnost, já mam vlastně 3 roky podmínku, takže to mě taky hodně zaválo do léčby, mam malou a nepůjdu do vězení, nejsem debil.”

**Př.:** „...přišla za mnou sociálka z probační a řekla mi, že na mě bylo podáno udání, že beru drogy. A to mě vlastně otestovali a já věděla, že je to v pytli... sociálka vlastně hnedka říkala, že děti půjdou do klokánku. Takže mi je hned vzali a řekli, že mi je daj jedině pod podmínkou, že se půjdu léčit. A ten den jsem si řekla, že musím skončit a musím s tím přestat...Nejdřív jsem chtěla do léčby jenom na 3 měsíce, ale tam jsme se shodli na to, že je to bezúčelný, protože to je hrozně málo. Takže jsme se domluvili na tom Karlově, že tu budu moc mít i děti a že k sobě hlavně najdeme cestu.“

**Př.:** „Strach z toho, že to venku sama nezvládnou. A hrálo tam roli to, že byl malej v kojeňáku a já ho chtěla mít u sebe, to je jasný no.“

Z odpovědí respondentek vyplývá, že naprostá většina z nich měla jakoukoli formu léčby nařízenou jako podmínku, proto, aby jim buď byly děti vráceny, v lepším případě, aby jim nemusely být vůbec odebrány. Strach z toho, že by o své děti mohly natrvalo přijít, probudil motivaci k řešení situace, ve které se respondentky nacházely. Několik z nich se rozhodlo pro léčbu v psychiatrických léčebnách, které zpravidla nabízí léčbu na tři měsíce. Všem respondentkám, které léčbu v psychiatrických léčebnách podstoupily, ale postupem času došlo, že je to velmi krátká doba, za kterou se téměř nic nezmění. Navíc byla tato léčba nemožná společně s dětmi. Proto se na základě konzultace s terapeutky všechny rozhodly pro léčbu v TKK, která je dlouhodobějšího rázu a zároveň respondentkám umožní přítomnost jejich dětí, která je pro všechny naprostou prioritou.

#### **Tazatelská otázka č. 16: Co pro Vás znamená mateřství?**

**Př.:** „Je to něco, pro co teď momentálně žiju. Já si to teď už bez malýho nedokážu představit... je to hrozně hezký.“

**Př.:** „Když se na to dívám s čistou hlavou a odstupem času, tak já jsem hrozně ráda, že je mám., že mám někoho, koho můžu něco naučit. Naučit je něco dělat správně... znamená to pro mě hodně zodpovědnost a dokázat je ochránit před tím, co jsem zažila já.“

Pro většinu respondentek znamená mateřství něco, pro co momentálně žijí. Být mámou v nich vzbuzuje pocit zodpovědnosti a ochrany. Každá z respondentek si život bez svého dítěte nebo dětí nedokáže představit. Děti pro ně představují obrovskou motivaci abstinovat a léčit se ze své závislosti i nadále.

**Př.:** „Znamená to pro mě hodně. A hodně starostí, protože fakt to není jednoduchý být v léčbě se synem. ... Jako je to hodně náročný.“

Pro několik respondentek mateřství představuje kromě chvil radostných i chvíle, které jsou velmi náročné a nelehké. Ne jednou se respondentky zmínily o náročnosti péče o dítě v léčbě. Mateřství tak vnímají jako velmi těžké životní období, které se ale ze všech si snaží zvládat, jak nejlépe dokážou.

### 11.3 Dílčí výzkumný cíl 3

Třetí a zároveň poslední dílčí výzkumný cíl se pomocí tazatelských otázek snaží zjistit, zda v systému péče, která Česká republika drogově závislým matkám nabízí, existuje něco, co by tato cílová skupina uvítala nebo zda se jí zdá dostatečný. Důraz je kladen především na to, jak cílová skupina vnímá oblast sociální práce a jakou s ní má osobní zkušenost.

**Tazatelská otázka č. 17: Setkala jste se osobně ve svém životě s prací sociálního pracovníka nebo pracovnice?**

**Př.:** „Ano setkala jsem se s nima... Měla jsem jich za svůj život několik, tím, že mam ten dohled, kterej pořád pokračuje.“

Naprostá většina respondentek se ve svém životě se sociální pracovníci setkala. Ani jedna nemá zkušenost se sociálním pracovníkem. Všechny tyto respondentky mají stanovený dohled nad výchovou svých dětí. Dohled nad výchovou matkám stanovil odbor sociálně právní ochrany dětí na základě zjištění závislosti na návykových látkách. Všechny respondentky se setkaly pouze se sociálními pracovníci pracujícími na OSPODu.

**Př.:** „Nesetkala.“

Pouze jedna respondentka se ve svém životě se sociální pracovníci či pracovníkem nesetkala. Jelikož se o její závislosti na návykových látkách odbor sociálně právní ochrany dětí nedozvěděl, nemá tak jako jediná z respondentek stanovený dohled nad výchovou. Sama neměla potřebu sociální pracovníci či pracovníka ve svém životě vyhledávat.

**Tazatelská otázka č. 18: Jakou zkušenost máte se sociálním pracovníkem či sociální pracovnící?**

**Př.:** „...vždycky jsem dostala takovou sociální pracovníci, která mě nechtěla potopit, snažila se mi pomoci a řešila se mnou věci, tak jak jsou i přesto, že jsem ji ze začátku hodně lhala... teď se mi vrátila zpátky ta, kterou jsem měla na začátku a tak jsem jí řekla všechno, jak to bylo doopravdy a bavili jsme se jako kamarádky... na to, že je to sociální pracovnice si myslím, že spolu máme dobrou vztah.“

Pouze jedna respondentka má se sociálními pracovníci ryze kladné zkušenosti. Ve svém životě se s nimi setkala několikrát, vždy kvůli své závislosti na návykových látkách. Pokaždé měla štěstí na pracovníci, která jí chtěla v dané situaci vyjít maximálně vstříc. Zároveň je ale zajímavé povšimnout si poslední věty, kterou respondentka zmínila. Z této věty lze usuzovat, že respondentka má v sobě ukotvené stereotypy ohledně sociálních pracovníků OSPODu, které jsou z velké části společnosti vnímány jako „paní, které berou děti z rodin“.

**Př.:** „S tou první SP mám blbou zkušenost, ona byla hodně mladá... a ta mi řekla, když jsem ji oznámila, že nastoupím do Karlova, že mi malýho nedá, že chce nejdřív vidět nějaký výsledky po léčbě... jak se prostě bála a chtěla dělat všechno podle toho řádu, tak mi ani nedala tu šanci malýho sem dostat... Pak otěhotněla a já dostala jinou sociální pracovníci. A ta okamžitě přijela sem za mnou, napsala zprávu, dala to k soudu a malej tady do dvou tejdnu byl jo. Ta byla úplně jiná. Takže hodně záleží na každém tom sociálním pracovníkovi.“

**Př.:** „Setkala jsem se s dvěma. Jedna chtěla udržet rodinu při sobě...měla takovej názor, že když si dám občas drogu, tak to bere, ale musí tam všechno fungovat jako. No a pak když jsem nalízala na tom azyláku, tak došla ta druhá a to byl průser. Ona byla úplně jiná. Rozdělila nás s partnerem. Ale jako furt to myslela dobře, byla za mnou na návštěvě i v léčebně, teď má přijet v úterý, tak jsem z toho hodně nervózní no.“

Ostatní respondentky, které měly možnost setkání se sociálními pracovníci, mají zkušenosti různé. Zpravidla se setkaly se dvěma sociálními pracovníci, přičemž každá z nich měla naprosto odlišné postupy práce, které pravděpodobně vyplývaly z jejich morálních zásad a hodnot. Jedna respondentka měla zkušenost s právě vystudovanou sociální pracovnící, která se snažila možná až příliš dodržovat nastavená pravidla úřadu, ve kterém byla zaměstnána na úkor přání a tužeb klientky. Z odpovědí další respondentky vyplývají i rozdíly v toleranci vůči drogám, přičemž některá sociální pracovnice občasné užití návykové látky nevnímá jako důvod pro odebrání dítěte z rodiny, ovšem pouze



v případě, že je o dítě dostatečně postaráno a vše potřebné má zajištěno. Pro jinou sociální pracovníci je ale jakékoli užívání omamné látky v rodině s dítětem naprosto nepřípustné. Celkově lze ale říci, že k sociálním pracovnícím, které se snaží respondentkám v jejich situaci pomoci, jsou k nim upřímné a mají opravdovou snahu o to, aby dítě zůstalo u matky, chovají respondentky skutečný respekt.

**Tazatelská otázka č. 19: Je podle Vás něco, co by se mělo zohlednit v systému péče o drogově závislé těhotné ženy a matky?**

**Př.:** „*Myslím si, že by tady mělo bejt mnohem víc zařízení jako je Karlov. Protože závislých matek s dětma je mnohem víc. A ne každá má tu možnost a šanci dostat se sem, takže by toho mělo být určitě víc... aby se vlastně ty matky nemusely bát, že něco přiznají a najednou se sem nedostanou a přijdou o svoje děti.*“

**Př.:** „*Chtělo by zařídit víc takovejhle zařízení a hlavně by to chtělo zařídit něco jenom pro ty matky s dětma, kde nebudou ty mladiství...*“

Naprostá většina respondentek by uvítala více podobných zařízení jako je Terapeutická komunita Karlov. Jelikož je TKK jediným typem služby, který nabízí dlouhodobou léčbu závislým matkám s dětmi, hodnotí respondentky současný stav, co se léčby s dětmi týče jako naprosto nevyhovující. Zároveň by uvítaly zařízení, které bude určeno pouze jim a nikoli i další cílové skupině.

**Př.:** „*Mě tady strašně chybí být s tím dítětem občas sama, jít si s ním někam ven, sama a nebejt omezená nějakým programem. Občas mi tam chybí naše společná svoboda, naše společné zájmy a čas a prostor samy pro sebe.*“

**Př.:** „*...tady bych na ní chtěla mít rozhodně víc času.*“

**Př.:** „*...jako máma s novorozencem co sem jde, to tady má těžký, protože když třeba kojí, tak to jakoby tady s tím programem nejde moc dohromady...*“

Snad u všech respondentek zaznělo v odpovědích i přání, které se týká nastavení systému v TKK. Klientky by si přály mít více času na své děti, chtěly by přizpůsobit denní program tak, aby měly více osobního volna, které by mohly trávit s dětmi. Spousta z nich tvrdí, že celý program dne je přizpůsoben spíše závislým mladistvým, kteří jsou druhou cílovou skupinou v Karlově. Zároveň se shodují na tom, že matka s čerstvě narozeným dítětem,

které je třeba kojít, nemá v TKK, právě kvůli náročnosti programu, moc šancí na dokončení léčby.

## 11.4 Závěrečné shrnutí výsledků

Hlavním výzkumným cílem bylo zmapovat, jak se změnil postoj drogově závislé ženy ke svému životu a návykovým látkám při zjištění těhotenství a po porodu. Abych se k hlavnímu cíli mohla lépe dopracovat, stanovila jsem si tři dílčí výzkumné cíle, které zároveň pomohou hlavní výzkumný cíl více zkonkretizovat.

**Prvním dílčím výzkumným cílem** je zjistit, jak se vyvíjel vztah drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu života během těhotenství. Z odpovědí respondentek vyplývá, že naprostá většina z nich těhotenství neplánovala, ale když se o něm dozvěděla, neměla potřebu to před svým okolím tajit. Pouze dvě drogově závislé ženy, které již děti měly, uvažovaly po zjištění dalšího neplánovaného těhotenství o interrupci nebo náhradní rodinné péči. Pouze jedna z nich ale tuto myšlenku zrealizovala a své druhé dítě dala ihned po porodu k adopci. Převážná část dotazovaných žen měla klidné těhotenství, které nedoprovázely žádné neobvyklé zdravotní potíže. Zvýšenou nevolností trpěly dvě klienty, které během těhotenství nedokázaly návykovým látkám odolat. Během těhotenství dokázala zcela abstinovat pouze menší část respondentek, přičemž jedna z nich vydržela abstinovat více než polovinu svého těhotenství. Zbylé dotazované užívaly drogy i nadále s tím, že si dávku drog nenavyšovaly. Pouze v jednom případě respondentka užívala větší množství drog než před otěhotněním, což zdůvodnila stresující situací, která souvisela s budoucí adopcí jejího dítěte. Naprosté vypuštění drog ze svého života během těhotenství bylo u klientek motivováno kromě strachu z ublížení dítěti i předchozí úspěšně dokončenou léčbou. Všechny dotazované ženy, které v těhotenství neabstinovaly, užívaly drogy v naprosté většině nitrožilním způsobem. Své těhotenství vnímala většina respondentek veskrz pozitivně, i přesto, že spousta z nich měla z nové a nepoznané situace obavy. Blízké okolí budoucích matek je v těhotenství spíše podporovalo, což bylo v mnoha případech zapříčiněno jejich nevědomostí o ženě závislosti na drogách. Drogově závislé matky, které se setkaly spíše s negativními postoji k jejich těhotenství, žily v okruhu osob, který o jejich závislosti již delší dobu věděl, a proto je v těhotenství nepodporoval. První dílčí výzkumný cíl nám tedy vypovídá o tom, že i přes neplánované těhotenství, dokázaly drogově závislé ženy v TKK alespoň částečně změnit svůj vztah k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu života. V části z nich se probudil jakýsi pocit

zodpovědnosti a strachu o dítě, což vedlo k jejich úplné abstinenci. I přesto, že některé respondentky drogy užívaly i během těhotenství, se ve velké míře snažily alespoň několik měsíců či týdnů drogy vůbec nebrat. Dosud nepoznanou sociální roli vnímaly drogově závislé matky v TKK v mnoha případech jako novou příležitost pro začátek života bez drog.

**Druhý dílčí výzkumný cíl** se snaží zjistit, jak se vyvíjel vztah drogově závislých žen k návykovým látkám a dosavadnímu způsobu jejich života po porodu. Naprostá většina respondentek popisuje svůj porod jako vyčerpávající a velmi bolestivý. Zároveň proběhlo mezi dotazovanými minimum porodů, u kterých nenastaly komplikace. Neonatální abstinenci syndrom byl diagnostikován pouze jednomu novorozenci drogově závislé matky. Pouze menší část klientek se ihned po odchodu z porodnice opět ihned vrátila k užívání návykových látek. Díky tomu, že velká část respondentek během těhotenství přestala drogy užívat, dokázala i po porodu alespoň nějaký čas zcela abstinovat. Matky, které po narození dítěte kojily, dokázaly v prvním roce života dítěte abstinovat a toto období označují za téměř bezproblémové. Naproti tomu matky, které se k drogám vrátily ihned po narození dítěte, popisují první rok dítěte jako nestálé, v mnoha případech i života ohrožující a zároveň velmi stresující období. Pouze jedné respondentce byl novorozenec ihned po jeho narození odebrán a umístěn do kojeneckého ústavu, tudíž ho v prvním roce jeho života vídala pouze tam. Hlavním motivem k léčbě v TKK byla pro drogově závislé matky hrozba odebrání dětí či nemožnost jejich návratu zpět k matce v případě, že se nepůjdou ze své závislosti léčit. Mateřství znamená pro všechny respondentky smysl života. Bez dětí si život již nedokážou představit. Kromě radosti a odpovědnosti znamená mateřství pro dotazované ženy i poměrně velký strach, obavu a nelehké období, které ale chtějí zvládnout, jak nejlépe dokážou. Druhý dílčí výzkumný cíl tedy vypovídá o tom, že v momentě, kdy bylo drogově závislým matkám jasné sděleno, že musí podstoupit léčbu, jinak mohou o své děti natrvalo přijít, uvědomily si, co pro ně mateřství vlastně znamená. Mateřství u některých respondentek dokázalo alespoň na několik měsíců zvítězit nad drogou. Všechny dotazované si na základě léčby v TKK uvědomily, že o své děti nechtějí nikdy přijít, chtějí jim jít příkladem a zároveň je chtějí ochránit před způsobem života, kterým žily ony samy.

**Třetí dílčí výzkumný cíl** se snaží zjistit, jak vnímají drogově závislé těhotné ženy a matky systém péče, který mohou využívat, zejména s důrazem na sociální práci. Odpovědi na tazatelské otázky, které se na tento dílčí cíl snaží odpovědět, vypovídají o tom, že naprostá většina respondentek má se sociální pracovníci osobní zkušenost. Všechny

dotazované ženy, u kterých byla zjištěna závislost na návykových látkách, měly zkušenost se sociální pracovnící z OSPODu, která jim uložila dohled nad výchovou. Zkušenosti se sociálními pracovníci ale hodnotí klientky různě s tím, že jen jedna z nich má zkušenosti pouze kladné. Ostatní měly zkušenosti jak pozitivní, tak negativní. Všechny respondentky vidí v systému péče ČR o drogově závislé matky a těhotné ženy obrovský nedostatek v počtu zařízení, které jsou této cílové skupině určeny. Zároveň by v zařízení, typu TK Karlov, uvítaly více volného prostoru k trávení času s jejich dětmi. Poslední dílčí výzkumný cíl tedy vypovídá o tom, že většina drogově závislých matek v Terapeutické komunitě Karlov má se sociální pracovníci alespoň jednu zkušenost, přičemž nelze jasně říci, zda jsou tyto zkušenosti převážně pozitivní či negativní. Jednoznačně lze ale vyvodit, že vždy závisí na osobnosti, morálních zásadách a získaných zkušenostech konkrétní sociální pracovnice. V českém systému péče o drogově závislé matky a těhotné ženy by všechny respondentky uvítaly více léčeben, ve kterých se mohou léčit společně s jejich dětmi. Zároveň by tyto instituce měly být určeny primárně pouze drogově závislým ženám. V systému, který nabízí TKK by se všechny respondentky přikláněly k inovacím, které souvisí s větší časovou dotací volného času, který by rády věnovaly pouze jejich dětem.

**Hlavní výzkumný cíl** tedy vypovídá o tom, že většina drogově závislých matek v TKK dokázala při zjištění těhotenství změnit svůj dosavadní způsob života, ve kterém si omezení nebo úplnou absenci drog nedokázala představit. Těhotenství pro většinu z nich, alespoň v počátku těhotenství, znamenalo možnost začít nový život bez návykových látek. Po porodu dítěte se většina dříve či později k drogám opět vrátila. V momentě, kdy jim ale byla sociální pracovnící osvětlena fakta, která vypovídala o riziku odebrání dětí z péče matky či nemožnosti návratu do péče matky, v případě nepodstoupení léčby její závislosti, si všechny drogově závislé matky v TKK uvědomily, že o své děti nechtějí přijít. Mateřství jako takové je pro všechny respondentky z TKK obrovskou motivací ke změně jejich života. Zároveň vnímají své mateřství jako možnost své děti ochránit před tím, co si samy prožily a současně jim předat jen to nejlepší z nich.

## ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo mimo jiné i poukázání na tabuizovanou problematiku, kterou je závislost na návykových látkách u těhotných žen a matek. Závěrečná práce je rozdělena do dvou hlavních částí, které jsou logicky strukturovány do kapitol a podkapitol.

První, tedy teoretická část práce vysvětluje základní pojmy a podstatu dané problematiky na základě uvedené literatury. Hlavním cílem teoretické části je seznámit čtenáře s informacemi, se kterými se bude v dalších kapitolách práce neustále setkávat. Čtenář se tak přinejmenším dozví informace o tom, co je to droga, drogová závislost, jaké jsou negativní důsledky užívání návykových látek či jaké služby nabízí systém péče v České republice pro drogově závislé těhotné ženy a matky.

Cílem druhé, tedy praktické části je zmapovat, jak se změnil postoj drogově závislé ženy k jejímu životu při zjištění těhotenství a po porodu. Již na počátku psaní diplomové práce jsem věděla, že bych praktickou část chtěla realizovat v doposud jediném zařízení v ČR, které umožňuje léčbu drogově závislým matkám společně s jejich dětmi. Tímto zařízením je Terapeutická komunita Karlov, ve které proběhl výzkum formou polostrukturovaných interview s pěti klientkami – matkami s dětmi. Rozhovory vznikaly v průběhu týdenní sebe-zkušenostní stáže, která byla podmínkou pro realizaci mého výzkumu. Kromě popisu použitých metod či etických zásad výzkumu se čtenář ve druhé části diplomové práce setká i se zprávou ze stáže, popisem výzkumného vzorku i celého průběhu rozhovorů.

V celkovém výsledku získaných dat od respondentek bylo obecně shledáno, že těhotenství pro většinu z nich znamenalo možnost nového začátku bez návykových látek, s tím, že nejdelší abstinence trvala dva roky po narození dítěte. Tou největší motivací se pro drogově závislé matky stalo až reálné riziko trvalého odebrání dítěte z jejich péče. V těchto chvílích si většina z nich uvědomila, že dítě je pro ni smyslem života, za který stojí bojovat.

Přínos této práce shledávám především v možnostech nového úhlu pohledu na danou problematiku. Odborná veřejnost se může zamyslet nad nutností vzniku nových zařízení, která budou poskytovat péči primárně drogově závislým matkám s dětmi. Široké veřejnosti může má závěrečná práce pomoci s překonáním zažitých stereotypů o drogově závislých ženách a zároveň by mohla být podnětem k tomu, aby se o tomto tabuizovaném tématu ve společnosti více hovořilo.

# SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

## Bibliografické zdroje

1. BINDER, T. *Drogy, alkohol a kouření v těhotenství*. In HÁJEK, Z. et al. Rizikové a patologické těhotenství, Praha: Grada, 1999, 225 s.
2. CSÉMY, L., NEŠPOR, K. *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha: 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2
3. DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v rámci realizace výzkumného záměru číslo MSM 121100001 „Výzkum právního povědomí o pojetí práva u českých dětí školního věku“. 2000. ISBN-80-7040-407-8
4. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2001, 136 s. ISBN 80-247-0135-9
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6
6. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2
7. KRAUS, K. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, s. 216. ISBN 978-80-262-0643-9
8. MILOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4
9. MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J. *Somatické komplikace a komorbidita I – místní a celkové infekce, orgánová postižení*. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I – mezioborový přístup*. NMC/Úřad vlády, 2003
10. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000, 152 s. ISBN 80-7178-831-7
11. NEŠPOR, K., MÜLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. 2. vydání. Praha: Sportpropag, a.s., 1999, 135 s.

12. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha: KLP, 1997, 348 s. ISBN 80-85917-36-X
13. PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. vydání. Praha: MAXDORF 1995, 88 s. ISBN - 80-85800-25-X
14. PRESLOVÁ, I. *Závislé matky s dětmi*. In *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Kalina, K. a kolektiv. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
15. PRESLOVÁ, Ilona a MAXOVÁ, Veronika a kol. *Ženy&Drogy: Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM, 2009, 111 s. ISBN 978-80-254-5133-5.
16. RADIMECKÝ, J. *Přehled drogové situace v České republice v roce 2001*. In *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Kalina, K. a kolektiv. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
17. TKÁČ, J. *Patologické závislosti*. Brno: IMS, 2008, 70 s.
18. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006, 128 s. ISBN 80-7254-829-8
19. VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008, 343 s. ISBN 978-80-7387-095-9
20. STARÁ, V. (2009). *Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. Pediatrie pro praxi, 10(6), 382 - 384.*
21. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce, 1999.
22. ŠAMBEROVÁ, R. *Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu*. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 51.

## Elektronické zdroje

23. CSPSYCHIATR. *Detail*. Cit. [on-line]. [2016-02-22]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1011>
24. ČASOPIS – ZSFJU.ZSF.JCU. *Prevence úrazů otrav a násilí*. Administrace. Články. [on-line]. [2016-02-24]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120501134152124241.pdf>
25. DROGY1.WEBNODE. *Negativní důsledky drogové závislosti*. Srov. [on-line]. [2016-02-18]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti/>
26. DROGY-INFO. *Zaostřeno na drogy a těhotenství*. [online]. [cit. 2016-02-24]). Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/4610/584/Zaostreno\\_na\\_drogy\\_200704\\_drogy\\_a\\_tehotenstvi.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4610/584/Zaostreno_na_drogy_200704_drogy_a_tehotenstvi.pdf)
27. DROGOVÁ PORADNA. *Opiáty. Subutex*. [online]. [cit. 2016-02-26] Dostupné z: [http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)
28. DROGOVÁ PORADNA. *Pomoc a léčba. Substituční léčba*. [online]. [cit. 2016-02-26] Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitutni-lecba.html>
29. INFO DROGY.ESTRANKY. Články. *Rizika a zdravotní problémy. Důsledky drogové závislosti*. Srov. [on-line]. [2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>
30. MONIKA PLOCOVÁ. *Drogy a drogová závislost*. Srov. [on-line]. [2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.monikaplocova.cz/drogy-a-drogova-zavislost>
31. PRESLOVÁ. *Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách*. [on-line]. [2016-02-22]. Dostupné z: [file:///C:/Users/User/Downloads/Preslova\\_Drogove-zavisla-klientka-a-zena-pracujici-v-protidrogovych-sluzbach.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Preslova_Drogove-zavisla-klientka-a-zena-pracujici-v-protidrogovych-sluzbach.pdf)
32. SANANIM. *Centrum komplexní péče o dítě a rodinu. Co nabízíme*. [on-line]. [2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/centrum-komplexni-peco-dite-a-rodinu/co-nabizime.html>



- 33.** SANANIM. *Centrum komplexní péče o dítě a rodinu*. [on-line]. [2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/centrum-komplexni-pecce-o-dite-a-rodinu.html>
- 34.** SANANIM. Doléčovací centrum pro matky s dětmi. *Naše cíle*. [on-line]. [2016-03-01]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-\(dc-mat\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-(dc-mat)/nase-cile.html)
- 35.** SANANIM. Terapeutická komunita Karlov. Léčba matek s dětmi. *Naše cíle*. [on-line]. [2016-03-01]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-matek-s-detmi/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-matek-s-detmi/nase-cile.html)
- 36.** SANANIM. Terapeutická komunita Karlov. Léčba matek s dětmi. *Komu je léčba určena*. [on-line]. [2016-03-01]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-matek-s-detmi/komu-je-lecba-urcena.html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-matek-s-detmi/komu-je-lecba-urcena.html)
- 37.** SEDLÁČKOVÁ, K., ŽIŽKOVÁ, B. *Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství*. [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/clanek>
- 38.** SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. ABZ. *Abstinenční syndrom*. Srov. [on-line]. [2016-02-18]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/abstinencni-syndrom>
- 39.** STEFAJIR. *Absces*. [on-line]. [2016-02-08] Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=absces>
- 40.** TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Drogy a těhotenství*. [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://mvcr.cz/policie/npdc/bulletin/2003/0304.pdf>
- 41.** ZSROZNOV. *Prevence. Jak vzniká drogová závislost*. Srov. [on-line]. [2016-02-18]. Dostupné z: [http://www.zsroznov.cz/prevence/jak\\_vznika\\_drogova\\_zavislost.pdf](http://www.zsroznov.cz/prevence/jak_vznika_drogova_zavislost.pdf)

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Transformační tabulka

Tabulka č. 2 – Popis výzkumného vzorku I

Tabulka č. 3 – Popis výzkumného vzorku II.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas klient

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru

## **SUMMARY**

Diploma thesis I focused on the issue of drug addiction of women during pregnancy and after childbirth. The work is divided into two main parts. The first part contains findings from the field of drugs, effects of drugs on the fetus, childbirth and newborn or options to help drug addicts mothers, which provides care system in the Czech Republic. The second - practical part includes research aimed at mapping the impact of pregnancy and the postpartum period to change the lifestyle of drug addicts women. The research was conducted in therapeutic community Karlov with five clients - drug-addicted mothers. As a research method was chosen form of semi-structured interview. Research suggests that for most drug-addicted mothers in the Therapeutic Community Karlov pregnancy and motherhood means the possibility of starting a new life without drugs.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

Datum: \_\_\_\_\_

Klient/ka: \_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_

léčící se v TKK z drogové závislosti souhlasí s poskytnutím rozhovoru/vyplněním  
dotazníku

---

Jehož výstupy budou použity výhradně ke studijním účelům. Student/ka/ byl/a/ poučen/a/ o  
nakládání s osobními údaji, tyto zásady potvrdil/a/ podpisem smlouvy o předpisech a  
povinnostech stáží v TK Karlov.

Četl/a/ a souhlasí jméno \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**Já:** „Plánovala jste těhotenství?“

**Respondentka:** „Neplánovala.“

**Já:** „Tajila jste své těhotenství?“

**Respondentka:** „U prvního dítěte jsem to tajila asi do pátého měsíce, ale věděla jsem, že si budu malou nechávat, že když už jsem zjistila, že jsem těhotná, tak jsem věděla, že si ji nechám. Protože v době, kdy jsem to vlastně zjistila, jsem byla tak v hajzlu, že kdybych to nezjistila, tak už budu asi někde pod drnem nebo nevím jako. A jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná tak dobrý, ale mámě jsem to právě řekla až v 5. Měsíci aby mě nedokopala k potratu, protože máma s tím vůbec nesouhlasila jako. Ta byla úplně proti, protože věděla, že beru. A druhý těhotenství jsem tajila až do devátého měsíce no.“

**Já:** „Uvažovala jste o adopci nebo interrupci?“

**Respondentka:** „To druhý těhotenství jsem tajila tak dlouho, protože jsem věděla, že ji chci dát rovnou k adopci a máma by o tom vlastně vůbec nevěděla, úplně jsem ji z toho chtěla vynechat. Já jsem v podstatě věděla, že jsem těhotná, poznala jsem to na sobě, ale nevím, proč jsem nešla na potrat, bylo by to pro mě stokrát lepší a snazší, než tohle. A ta adopce byla jasná hned od začátku, to jsem si řekla, že ji k ní dám hned.“

**Já:** „Co pro vás znamenalo těhotenství?“

**Respondentka:** „S první malou, ta mě vytáhla úplně z největších straček všechno bylo dobrý, to byla paráda. To jsem to i dost omezovala, věděla jsem, že nemůžu tolik brát a tak. No a s druhou malou to šlo všechno do sraček, žejo. To jsem věděla, že mam to nejhorší před sebou, což je ta adopce a do dneška to nemůžu ustát. Bylo to pro mě dost těžký, jakmile jsme prostě zjistila, že jsem podruhé těhotná a to nejtěžší mam před sebou, tak sem šla úplně do kolen.“

**Já:** „Jaký jste měla průběh těhotenství?“

**Respondentka:** „Myslim, že docela v pohodě.“

**Já:** „Jaké jste prožívala pocity během svého těhotenství?“

**Respondentka:** „S první malou jsem se hodně krotila, hodně jsem to hlídala. Ale jakmile jsem otěhotněla podruhé a věděla jsem, že ji budu dávat k adopci, tak mě to sundalo. Takže jsem brala, brala jsem hodně. Ještě víc než normálně. Kuli tomu, že jsem prostě věděla, jak to bude. Není to žádná prdel no.“

**Já:** „Jakým způsobem jste si dávkovala drogu?“

**Respondentka:** „Nitrožilně, občas sem teda jela nosem, aby to nešlo přímo, ale s druhou malou jsem už jela jenom nitrožilně.“

**Já:** „Co Vás vedlo ke snižování nebo zvyšování dávek drogy v průběhu těhotenství?“

**Respondentka:** „Tak jak jsem říkala no, jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná podruhé a že malou budu muset dát pryč, tak mě to úplně rozbilo a začala jsem brát víc, prostě jsem se potřebovala dostat nějak pryč z té reality, která byla úplně na hovno.“

**Já:** „Účastnila jste se během svého těhotenství substituční léčby?“

**Respondentka:** „Neúčastnila.“

**Já:** „Jak reagovalo okolí na Vaše těhotenství?“

**Respondentka:** „Když jsem byla teda v tom devátém měsíci, tak mě máma vlastně nutila, abych ji dala k adopci. Z toho důvodu, že беру, že ta holka nedopadne dobře a že bude chudák. My jsme s mámou měli šílený vztahy, my jsme v podstatě s mámou žádný vztah neměly no. A od té doby co se malá narodila, tak mi to máma vlastně tak nějak všechno vrací. Tak jak ji nechtěla, tak by mě asi zabila, kdybych o ni přišla. Tak první to věděla babička, pak jsem to řekla mámě a pak tátovi. Tátova přítelkyně mi třeba řekla, že mi dá před hubu, jestli si ji nechám vzít.“

**Já:** „Jaký jste měla poběh porodu?“

**Respondentka:** „První malá byla úplně výborná. To jsem vlastně ve dvě nebo ve tři ráno pocítila bolesti, záchranku jsem si volala až v sedm, protože jsem si myslela, že to ještě nebude ono, ale bylo. No a vlastně jsem dvakrát zatlačila a byla venku. Ale s druhou malou to bylo hodně špatný, protože jsem tam přijela po 4 dnech, co jsem nespala, do toho mi přerostla placenta, takže jsem ztratila spoustu krve na sále. Vlastně jsem hned po porodu měla nějakou operaci, pak jsem do toho chytla hned dva záněty, takže jsem ležela znova

*v nemocnici a tam se přišlo na to, že беру no. S první malou to nepoznali, protože jsem se fakt hlídala, ani ruce jsem neměl tak rozpíchaný, ale s tou druhou už to na mě poznali no.“*

**Já:** „Byl vašemu dítěti diagnostikován abstinenční syndrom?“

**Respondentka:** „U první malý nebyl a o tý druhý já vlastně vůbec nic nevím, ani jsem nechtěla teda no.“

**Já:** „Jak jste přistupovala k drogám po narození Vašeho dítěte?“

**Respondentka:** „Vrátila jsem se k tomu hned, ale rozhodně jsem si nijak nepřindávala. Věděla jsem, že mam doma malý dítě a že ho musím pohlídat a postarat se. Jako oproti tomu, jak jsem brala, když jsem malou ještě neměla...to se nedá srovnávat vůbec. To je úplněj rozdíl.“

**Já:** Co se dělo s Vámi a vaším dítětem v prvním roce života dítěte?

**Respondentka:** „S druhým jsem věděla, že ho chci dát k tý adopci. No, a když jsem se v nemocnici probudila, tak už tam byla paní ze sociálky, zeptala se, jestli беру. Já jsem jí řekla, že jo, ona mi řekla, že podepišu jeden dva papíry a bude klid. A ono bylo sedm měsíců po porodu a teď proběhl poslední soud o malou, aby šla do úplný adoptce. Ona byla 4 měsíce u sociální pracovnice, pak šla na zkoušku do rodiny, kam chodila sociálka a teď už jí je osm měsíců a před měsícem proběhl poslední soud jako. Přitom mi bylo řečeno, že podepišu jeden dva papíry a bude to. Já jsem k míše vlastně nejdřív vůbec neměla vztah, protože to tam bylo nějaký hodně divoký skrz jeho otce, do kterýho jsem byla hodně zamilovaná. No a já ho přistihla, jak si dal vlastně před ní, za to bych si teď dala normálně přes držku no. A tohle mi od něj docela dost pomohlo se oddálit. Mě z toho Míša právě hodně pomohla, protože jsem do něj byla fakt hodně zamilovaná, ale věděla jsem, že to s nim nepujde no, a zaměřila jsem se na tu malou no.

**Já:** „Co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupila léčbu v TKK?“

**Respondentka:** „Největší motivace pro mě byla samozřejmě malá, já si to bez ní prostě nedokážu představit. Já měla dohled od sociálky, ale bylo to z toho důvodu, že jsem měla agresivního partnera a třeba tak dvakrát třikrát tejdne jezdili policajti domu a bylo nám řečeno, že ještě jednou nás navštívěj, tak nám malou seberou. A vlastně jsem chodila k psychologce, protože jsem byla hodně rozebraná z toho porodu a tohle a tam jsme se



*domluvili na tom, že by bylo dobrý se jít někam léčit. A skrz malou, skrz trestnou činnost, já mam vlastně 3 roky podmínku, kterou jsem teď porušila. Takže to mě taky hodně zaválo do léčby, mam malou a nepujdu do vězení, nejsem debil. A kdybych o ni přišla, tak končím jako.“*

**Já:** „Co pro Vás znamená mateřství?“

**Respondentka:** „Tak dělá to se mnou fakt hodně no. Já si život bez ní nedokážu vůbec představit. Já mam co dělat s druhou malou, abych se srovnala s tím, že je pryč. A hlavně jsme ji dala pryč kuli tomu, abych mohla fetovat, ne kuli tomu, že nemam peníze, když jsem to tahle říkala. Znamená to pro mě celej život.“

**Já:** „Setkala jste se osobně ve svém životě s prací sociálního pracovníka nebo pracovnice?“

**Respondentka:** „Setkala, měla jsem dohled. Jezděl za mnou právě i sem.“

**Já:** „Jakou zkušenost máte se sociální pracovníci?“

**Respondentka:** „Zkušenost no...za mnou když jezdili domu, tak tam byl třeba hodně průser v tom, že cejtili v bytě trávu, samozřejmě věděli, že jsem pod vlivem. Ikdyž než jsem sem šla, tak já jsem 3 měsíce před tím chodila 2x temeně do káčka na testy a vlastně asi z dvanácti těch testů jsme měla špatný asi tři, takže jsem se taky nějak snažila jo. A to byly vlastně ty poslední tři, co jsem podála, protože jsem si říkala, tak jako co no. Jdu do Karlova, tak jako co. Když už jsem věděla, že mi na tu malou nemůžou šáhnout, že mi ji daj sem sebou, tak už jsem se na to vykašlala no.“

**Já:** „Je podle Vás něco, co by se mělo zohlednit v systému péče o drogově závislé těhotné ženy a matky?“

**Respondentka:** „Tady bych na ní chtěla mít rozhodně víc času. Psali, jak je to tady přizpůsobený dětem, ale jako tak to není samozřejmě. Myslím, že by se takovýhle zařízení měli rozšířit, protože jedno je fakt málo. Protože když sem jsem psala, tak mi bylo řečeno, že nejbližší termín je až asi za dva měsíce, protože jsem byla v poradníku asi třetí. A neodpadnout ty dvě holčiny, tak já bych ještě teď byla doma což by bylo hodně špatný. Jinak třeba v káčku kam jsem jezdila, tak tam mi nic nechybělo no.“